

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

ALINE REIS DA SILVA

**O INUSITADO DA CLÍNICA: UM PERCURSO SOBRE O SINTOMA NA
PSIQUIATRIA E NA PSICANÁLISE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

VITÓRIA
2018

ALINE REIS DA SILVA

**O INUSITADO DA CLÍNICA: UM PERCURSO SOBRE O SINTOMA NA
PSIQUIATRIA E NA PSICANÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Subjetividade e clínica

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luís Gonçalves dos Santos

VITÓRIA
2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas e Naturais da
Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S586i Silva, Aline Reis da, 1978-
"O inusitado da clínica : um percurso sobre o sintoma na
psiquiatria e na psicanálise" / Aline Reis da Silva. – 2018.
141 f.

Orientador: Jorge Luís Gonçalves dos Santos.
Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) –
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências
Humanas e Naturais.

1. Psicanálise. 2. Psiquiatria. 3. Doenças mentais –
Diagnóstico. 4. Inconsciente (Psicologia). 5. Desejo. 6. Energia
psíquica (Psicanálise). I. Santos, Jorge Luís Gonçalves dos. II.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências
Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

Elaborado por Saulo de Jesus Peres – CRB-6 ES-000676/O

ALINE REIS DA SILVA

**O INUSITADO DA CLÍNICA: UM PERCURSO SOBRE O SINTOMA NA
PSIQUIATRIA E NA PSICANÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de mestre.

Aprovado em 17 de abril de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jorge Luís Gonçalves dos Santos
Orientador
Universidade Federal do Espírito Santo

Profa. Dra. Ana Augusta W. Rodrigues de Miranda
Membro interno
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Roberto Pires Calazans
Membro externo
Universidade Federal de São João del Rei

*Aos meus pais, que me ensinaram a bater asas
e voar...*

*Ao meu marido Cristiano, que segue comigo
em trilhas árduas rumo às cachoeiras mais
lindas. Seus atos de coragem me inspiram!*

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Espírito Santo e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional por acolherem o meu projeto de pesquisa.

Ao Prof. Jorge Luís Gonçalves dos Santos pelo rigor com que orientou a produção desta dissertação.

À Professora Ana Augusta, que sustentou com seu trabalho o projeto de extensão e campo de estágio que me proporcionaram ensaiar os primeiros passos em direção à clínica psicanalítica. Ali foi onde tudo começou. Obrigada por aceitar acompanhar também esse momento da minha formação!

Ao Professor Roberto Calazans, pela leitura atenta do meu texto no Exame de Qualificação e pela contribuição valiosa que fez com que a pesquisa avançasse. Senti, ao ler as referências indicadas por você, que a minha proposta foi, de fato, escutada. Sou grata por este auxílio!

Ao Prof. Juan, que foi um professor de Psicopatologia dedicado. Suas aulas eram sempre instigantes!

Aos meus familiares, especialmente às minhas irmãs, Livia e Alcione, ao meu irmão Vinicius e à minha sobrinha Lavínia, pelo apoio e compreensão das minhas ausências.

Aos meus amigos Elizete, Halisson e Adriana pela torcida e pelo companheirismo que vem de longa data!

Aos amigos do Mistura Fina: Alexandre, Janilza, Silvia, Lina...as noites de sábado vão ficar mais agitadas!

Às amigas Mariana, Lissana, Zeth e Angela pela excelente conversa regada a café! Obrigada pelo carinho ao longo destes anos!

À Alyne Gonçalves, pelos almoços históricos, conversa boa pra muito tempo!

Aos colegas da Turma 10, principalmente Mayara, pela parceria nos trabalhos acadêmicos e pela amizade destes dois anos!

RESUMO

Esta dissertação apresenta um debate em torno da pergunta “*o que é o sintoma?*”, colocada a partir de duas experiências distintas no campo da clínica - uma de orientação psicanalítica e outra pautada pela psiquiatria expressa no DSM. Seu ponto de partida é um exame do surgimento do método clínico na medicina, dos efeitos de sua incursão em direção à ciência e da constituição da psiquiatria enquanto campo a partir de um discurso sobre a loucura. É proposta uma discussão acerca do DSM e de seu projeto para uma psiquiatria científica, bem como de seu posicionamento ante a psicopatologia e os impasses colocados pelo sofrimento psíquico. Em seguida, é realizada uma análise das dimensões simbólica e pulsional do sintoma em Freud e em Lacan, circunscrevendo os elementos que permitem afirmar a dimensão ética do sintoma, uma ética fundada no desejo. Conclui-se apontando que Freud delimita a dimensão ética do sintoma psíquico ao nele cernir algo de inusitado: a incidência da pulsão sexual em sua estreita relação com o desejo.

Palavras-chave: Psicanálise. Psiquiatria. DSM. Sintoma. Desejo. Pulsão.

ABSTRACT

This dissertation presents a debate around the question “what is the symptom?” based on two distinct experiences in the field of clinical practice, one of psychoanalytic orientation and another one based on the scientific psychiatry expressed in the DSM. His starting point is an examination of the emergence of the clinical method in medicine, the effects of its incursion into science, and the constitution of psychiatry as a field from a discourse about madness. It proposes a discussion about the DSM and its project for a scientific psychiatry, as well as its positioning before the psychopathology and the impasses introduced by the psychic suffering. Then analyzes the symbolic and “pulsional” dimensions of the symptom in Freud and in Lacan, and circumscribes the elements that allow us to affirm the ethical dimension of the symptom, an ethic founded on desire. In the end, concludes by pointing out that Freud delimits the ethical dimension of the psychic symptom as it encircles something unusual: the incidence of the sexual drive in its close relation to desire.

Key words: Psychoanalysis. Psychiatry. DSM. Symptom. Desire. Drive.

SUMÁRIO

Introdução.....	9
1 A medicina e os efeitos de sua inscrição no campo científico.....	16
1.1 A psiquiatria e a invenção de seu objeto.....	33
2 Uma clínica anestesiada	45
2.1 O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.....	46
2.2 Um pouco de história: A Guerra Total e o DSM.....	57
2.3 O descritivismo psiquiátrico e a etiologia sexual.....	66
3 Freud e o inusitado da clínica.....	74
3.1 As dimensões do sintoma.....	86
4 A dimensão ética do sintoma.....	105
4.1 Uma ética do desejo.....	116
Considerações finais.....	129
Referências bibliográficas.....	135

INTRODUÇÃO

O conto de Charlotte Perkins Gilman, “O papel de parede amarelo” (2006), narra em primeira pessoa a experiência de uma mulher que se vê aprisionada e ligada a um estranho papel de parede. Levada pelo seu marido John a passar uma temporada em uma região campestre, ela permanece a maior parte do tempo recolhida em um quarto gradeado, a olhar para a parede revestida de um papel amarelo que lhe parecia “sujo e sombrio”. A personagem conta assim a sua história:

John é extremamente prático. Não tem paciência alguma com a fé, tem um horror enorme à superstição e debocha abertamente de qualquer conversa sobre coisas que não possam ser tocadas e vistas e registradas em números. John é médico e *talvez* - (não o diria a vivalma, claro, mas isso aqui é um papel morto e um grande alívio para a minha cabeça) – *talvez* essa seja uma das razões para eu não melhorar mais rápido. Sabe, ele não acredita que eu esteja doente! E o que é que se pode fazer? Se um médico altamente conceituado, o próprio marido da pessoa, garante a amigos e parentes que realmente não há nada demais com ela, só uma depressão nervosa temporária – uma ligeira tendência histérica – o que se há de fazer? [...] De modo que tomo fosfatos e fosfitos – não sei bem quais, e tônicos, dou passeios, apanho ar, faço exercício, e estou absolutamente proibida de ‘trabalhar’ até me ter restabelecido (GILMAN, 2006, p. 21).

Na sequência do texto, a personagem põe-se a dizer o quanto escrever lhe fazia bem. Entretanto, tinha de fazê-lo às escondidas, já que o marido não consentia que ela escrevesse, muito menos que conversasse com amigos ou que cuidasse da casa. Não lhe sobrava sequer a escolha do quarto no qual passaria a temporada de verão. O filho do casal – um bebê – foi entregue aos cuidados da tia, pois, embora fosse “querido”, seu choro irritava a mãe. Sempre ocupado com os “casos graves”, o médico não prestava atenção ao que se passava com a própria esposa. O texto é breve, simples e direto, e o que se vê em seu desenrolar é uma série de alucinações tomarem lugar, enquanto um delírio de tonalidade paranoica vai se intensificando até o ponto em que a cena de suicídio, vislumbrada no papel de parede é, por fim, encenada como ato de libertação.

O conto escrito por Gilman chama atenção por permitir pensar a história desta mulher que, mesmo podendo falar, torna-se, de um jeito ou de outro, muda: ela está “absolutamente proibida de trabalhar”. Não que lhe faltasse cuidado e

atenção, mas lhe faltava escuta. Sem poder elaborar seu sofrimento, o que lhe restou foi o ato de libertar-se da prisão, ainda que isso lhe custasse a vida. E, para a personagem, de fato, custou.

A proposta apresentada nesta pesquisa começou a ser elaborada a partir de dois diferentes contatos com o campo da clínica, ainda na graduação de Psicologia, durante a participação (como extensionista voluntária e depois como estagiária) no projeto “Atenção à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes”, desenvolvido no Ambulatório de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes – HUCAM/UFES. O trabalho, junto à equipe do ambulatório, teve início em 2011 e perdurou até 2013, com intervalo de um semestre para intercâmbio na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, em Portugal. Nessa ocasião foi possível frequentar a disciplina “Diagnóstico em Psicopatologia”, que tinha lugar no Hospital Psiquiátrico Conde Ferreira, na cidade do Porto. A questão central a ser apresentada aqui foi, portanto, construída a partir da entrada no Ambulatório de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes/HUCAM e da vivência dos fatos que se desenrolaram em um hospital psiquiátrico, contexto marcado pela lógica do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM, publicado pela *American Association of Psychiatry* – APA).

O ingresso nessas duas instituições foi crucial para delimitação do problema de pesquisa, pois o contraste entre ambos os contextos possibilitou pensar a questão a partir de um debate entre a psicanálise (que orientava a clínica no Ambulatório de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes/HUCAM) e os pressupostos que fundamentam as intervenções efetuadas a partir do DSM (acompanhadas no Hospital Conde Ferreira).

Assim, faremos uma discussão que tem como cerne a pergunta: “o que é o sintoma?”. Pensado a partir da contribuição de Freud, outras perguntas podem ser feitas, como por exemplo: o quê, do sujeito, o sintoma fala? E, quais são as implicações de considerar o sintoma a partir da psicanálise?

Freud inicia sua clínica com a escuta de pacientes histéricas e a psicanálise nasce desse ofício. Desse trabalho, dois efeitos podem ser imediatamente identificados: primeiro, o sintoma, com Freud, passa a ser considerado como atividade psíquica e deixa de ser unicamente produto de uma alteração fisiológica. Embora inscrito no corpo, o sintoma não se restringe a uma transformação de base orgânica. O que nos leva ao segundo efeito: Freud dá lugar à palavra ao considerar que a etiologia do sintoma tem suas raízes na sexualidade. Daí a opção freudiana por uma clínica em que comparece como sentido primordial a escuta, e não o olhar clínico do médico (tal como Foucault aponta em “O nascimento da clínica” (2014)). A psicanálise toma outra direção, no que concerne à clínica. Que consequências resultam dessa escolha?

A partir deste posicionamento de Freud, o sintoma - enquanto formação do inconsciente - não é um fenômeno invariável, uniforme, que iguala os indivíduos que o apresentam. Ao contrário, o sintoma é um legítimo ato de criação. É por isso que, a nosso ver, outros autores afirmam que é preciso se ater ao preceito freudiano do sintoma como resultante de uma construção do sujeito, e portador de uma significação (BESSET et al, 2010).

A importância de se fazer tal observação decorre do fato de que Freud, ao considerar a sexualidade como elemento fundamental na etiologia do sintoma, abre caminho para interrogar o movimento empreendido pelo DSM, que busca tornar objetivo aquilo que é produção subjetiva. A psicanálise, por sua vez, nos leva a pensar o sintoma enquanto “modificação inusitada” – expressão empregada por Freud em “Inibições, sintomas e ansiedade” (1996a) para qualificar um processo patológico – e é a partir dessa noção que propomos indagar os pressupostos da psiquiatria contemporânea expressos no DSM e seus efeitos no sujeito e na clínica.

Assim, para iniciar o processo de escrita da dissertação, optamos por delimitar o campo no qual o nosso problema está inserido. Ao expressá-lo na pergunta “o que é o sintoma?”, tivemos de abrir caminho diante de certa vastidão com a qual nos defrontamos. Afinal, o sintoma para a psiquiatria é uma coisa, para a psicanálise, outra. Como abordar essa diferença? Por isso sentimos a necessidade de, em alguns momentos, avaliar também questões que se

referem à epistemologia para situar, com mais propriedade, o terreno sob o qual pretendemos assentar as fundações desta pesquisa. Sem perder de vista a historicidade que atravessa o movimento de constituição de um campo, ou da relação entre diferentes saberes – como a psicanálise e a psiquiatria, por exemplo –, iremos nos posicionar ante as fissuras que produzem uma interrogação, um estranhamento, uma questão.

Em termos gerais, a dissertação está dividida em quatro capítulos, cada um deles dedicado a um aspecto da discussão. Assim, o primeiro capítulo é aquele em que situaremos nossa questão em relação à medicina, avaliando o surgimento do método clínico e da fundação da psiquiatria enquanto campo, a partir de um discurso sobre a loucura (com Canguilhem e Foucault), em articulação com a noção extraída de Lacan de que o sujeito da psicanálise surge com advento da ciência moderna. O objetivo é analisar os efeitos da incursão da medicina em direção à ciência, adotando pressupostos científicos com a intenção de legitimar o seu método clínico a partir de achados biológicos. E a questão que buscaremos articular através desse capítulo é: há lugar para o sujeito na proposição de tal clínica?

A partir da noção de sintoma na medicina, o segundo capítulo será destinado a discussão do DSM e as estratégias estabelecidas para obter um revestimento científico, capaz de mascarar a inexistência de uma etiologia biológica que explique o sofrimento psíquico. Como veremos, o fato do sintoma não resultar de alterações anatomopatológicas e a recusa em admitir para ele outra etiologia, deixa a psiquiatria em situação difícil ante os demais campos da medicina (CALAZANS; LUSTOZA, 2012). Como o problema de pesquisa surge no estranhamento de uma prática calcada no DSM (que acompanhamos no hospital psiquiátrico), será necessário dedicar todo um capítulo a este manual.

É por isso que, nesse segundo capítulo, examinaremos a relação entre a psiquiatria e a psicanálise estabelecida em um campo comum, híbrido, que é a psicopatologia. A partir dos argumentos apresentados no primeiro capítulo, analisaremos o surgimento do DSM no século XX e as mudanças na relação com a psicopatologia, buscando entender o porquê de tudo isso acontecer após a Segunda Guerra Mundial (DUNKER; KYRILLOS 2011). Para tanto,

sempre partindo dos elementos articulados no primeiro capítulo, investigaremos com Hobsbawm a dinâmica da Segunda Guerra Mundial, que emerge no real como efeito das operações lógicas engendradas pela ciência na linguagem e na relação do sujeito com a linguagem. Em dado momento, isto nos levará a questionar se houve um corte entre a psiquiatria praticada no século XIX e o DSM. Por fim, como se verá, concluiremos com Lacan que a psicanálise é a prática que pode responder, de modo original, às intervenções da ciência no campo da clínica. O corte efetuado por Freud funda um novo campo e muda a direção do que se fez até então na clínica.

O terceiro capítulo é aquele em que acompanharemos os primeiros momentos da trajetória de Freud, ainda com Charcot, e observaremos a subversão que ele introduz na noção de sintoma. Com Freud, o sintoma deixa de ser resultado de um problema biológico, um subproduto de alterações fisiológicas, e passa a ser lido como atividade psíquica do sujeito. Isso fica evidente, por exemplo, na discussão com Janet (outro aluno de Charcot) sobre a hereditariedade de certas doenças, em que Freud aponta que, no caso da histeria, havia a insuficiência desta tese. Ao invés de insistir na hereditariedade, Freud afirma que os médicos estavam familiarizados com questões da sexualidade presentes no quadro clínico, mas que essas eram deixadas de lado, por conta da determinação em encontrar fatores hereditários que explicassem o caso.

É dessa maneira que, no terceiro capítulo, partiremos para uma discussão sobre as dimensões do sintoma: a simbólica e a pulsional. Na dimensão simbólica, examinaremos os mecanismos atuantes na produção sintomática – a condensação e o deslocamento – em sua relação com o desejo. Perceberemos que, ao fazer a passagem para a dimensão pulsional, Freud deixa de falar em desejo e passa a falar em pulsão sexual enquanto fonte de onde o sintoma retira a energia que o sustenta. Buscaremos, então, as razões que sustentam a modificação que Freud realiza na abordagem do sintoma em sua obra. Para isso, tentaremos delimitar a diferença entre desejo e pulsão e buscaremos, em Lacan, elementos que nos permitam apreender a questão de modo mais preciso, sem, contudo, almejar uma resposta que encerre o debate. De qualquer modo, é nessa passagem da problemática do desejo para a

pulsão que vemos o sintoma assumir uma função específica na vida anímica do sujeito: Freud afirma que o sintoma é a atividade sexual dos pacientes.

O quarto capítulo, por fim, é aquele no qual será examinada a possibilidade de uma articulação entre o sintoma e a ética. Buscando afirmar a dimensão ética do sintoma - a partir de Freud em “Além do princípio do prazer” (2010) e de Lacan no seminário XI - “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” (1979) - discutiremos a percepção do prazer, do desprazer e a compulsão à repetição, em articulação com a satisfação pulsional no sintoma e seu caráter paradoxal. Sendo nesse momento da dissertação que entrará em cena a transferência. Veremos que só há sintoma na relação transferencial, uma vez que é neste contexto que o sujeito repete, em ato, aquilo que foi recalcado e que não consegue recordar (2010).

A seguir, encaminhando para o final de nossas questões acerca do sintoma, investigaremos a relação do sintoma com o real, uma vez que, segundo Lacan (1979) é pela via da satisfação pulsional que o sujeito se depara com o impossível. A dimensão ética será, portanto, discutida através da questão do que pode o sujeito ante as exigências da pulsão. A partir disso é que, através do Seminário 7 – “A ética da psicanálise” (2008), iremos fundamentar a discussão em torno da ética, que fundamentalmente é uma ética do desejo. No percurso que faremos nesse seminário, retomaremos a questão delimitada no terceiro capítulo, a respeito da distinção entre o desejo e a pulsão, para pensar, no que concerne à ética, a diferença entre o posicionamento do sujeito ante a falta de um objeto ideal – o que o implica em seu desejo – e a busca pela felicidade que vai na direção da satisfação pulsional. É dessa maneira que, reconhecendo a função da morte para o desejo, concluiremos o capítulo indagando o que é feito do sintoma na análise.

Dessa forma, com Freud buscaremos demonstrar que importa considerar, na clínica, a narrativa e as discontinuidades que dela emergem. O impasse e a ambiguidade comparecem e não podem ser descartados, pois é a partir deles que o trabalho avança. É possível pensar que o sintoma, ao ser encarado por Freud como algo de “inusitado”, faz justamente com que tenhamos de lidar com isso que escapa à intenção de precisão, de uma terminologia que tem

aspirações de ser objetiva e livre de ambiguidades. Afinal, se é da palavra que se parte, é preciso se haver com o ambíguo, com o que há de precário e de mais provisório na clínica. É o que Freud parece dizer ao afirmar que:

A psicanálise não é, como as filosofias, um sistema que parta de alguns conceitos básicos nitidamente definidos, procurando apreender todo o universo com o auxílio deles, e, uma vez completo, não possui mais lugares para uma nova apreensão ou uma melhor compreensão. Pelo contrário, ela se atém aos fatos de seu campo de estudo, procura resolver os problemas imediatos da observação, sonda o caminho à frente com o auxílio da experiência, acha-se sempre incompleta e sempre pronta a corrigir ou modificar suas teorias. Não há incongruência (não mais que no caso da física ou da química) se a seus conceitos mais gerais falta clareza e seus postulados são provisórios, ela deixa a definição mais precisa deles aos resultados do trabalho futuro (FREUD, 1996b, pág. 270).

A esse respeito, Torezan e Aguiar (2011, p.540) afirmam que “nessa direção, a leitura clínica estrutural se opõe ao diagnóstico meramente semiológico e nosográfico, e propõe que a especificidade da estrutura de um sujeito é predeterminada pela economia de seu desejo”.

Parece-nos fundamental examinar a dimensão ética do sintoma e as incidências do desejo em sua constituição. Será, portanto, a partir do conceito psicanalítico de sintoma que pretendemos analisar as especificidades da clínica orientada pela psicanálise e, simultaneamente, estabelecer pontos de discussão com a psiquiatria - que fundamenta suas intervenções na proposta de aspição científica contida no DSM.

1 A MEDICINA E OS EFEITOS DE SUA INSCRIÇÃO NO CAMPO CIENTÍFICO

Quer o lamentemos, quer não, o fato é que, hoje, ninguém é obrigado, para exercer a medicina, a ter o menor conhecimento de sua história.

Georges Canguilhem

Em uma breve revisão da literatura, publicada a partir de 2005, sobre os processos de trabalho dos profissionais de medicina, chama atenção um artigo no qual os autores – todos eles médicos – se propõem a discutir as modificações ocorridas em seu ofício ao longo de um percurso histórico, marcado pelo advento do sistema econômico denominado Capitalismo. O texto de Sobrinho, Nascimento e Carvalho (2005) poderia ser considerado uma ressalva à afirmação de Canguilhem (2005), já que nele os autores julgam aspectos socioeconômicos como relevantes para os efeitos percebidos no cotidiano de trabalho do médico, analisados sob uma perspectiva histórica.

Mais do que uma discussão teórica, o que se ressalta no texto é o que esses médicos têm a dizer sobre seu ofício e suas experiências no exercício da profissão. Assim, é pertinente considerar como assertivos esses relatos, que denotam de uma percepção sobre mudanças relevantes no trabalho, principalmente no que tange à relação com o outro – o paciente. A esse respeito:

No início do século passado, os médicos possuíam prestígio e grande respeitabilidade social, consequência de uma relação direta com os pacientes e de um processo artesanal (individualizado e autônomo) baseado na confiança, no respeito e no sigilo profissional. A assistência à saúde, que se caracterizava como atividade artesanal, transformou-se, no sistema de produção capitalista, em uma mercadoria socialmente valorizada, coisificando o trabalho do médico (SOBRINHO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2005, p.130).

O que se pode apreender dessa fala é que a medicina nem sempre foi o que é atualmente. Mas de que forma essa mudança ocorreu? Quais foram os pressupostos que orientaram a transformação descrita nessa citação? Para examinar essas questões mais de perto, vale recorrer às contribuições de Canguilhem (2005) acerca da relação entre a Natureza, a medicina e o doente. Para ele, no tempo de Hipócrates, o médico era aquele que sabia esperar, que,

literalmente, *assistia* (a)o doente. Isso porque era preciso esperar a natureza agir, o médico não tinha como meta antecipar-se a ela, mas aguardar com desvelo pela sua manifestação: “A arte médica deve observar, escutar a natureza. Aqui, observar e ouvir é obedecer” (CANGUILHEM, 2005, p. 13). Trata-se de uma relação bem diversa entre médico e paciente, em que a expectativa de que um dê a cura para o outro nem sempre era efetiva, pois os efeitos do tratamento estavam sujeitos à ação da natureza – elemento ordenador de todo o processo numa concepção da medicina enquanto arte. Canguilhem (2005, p.13) lembra ainda que no hipocratismo a natureza não era considerada “infalível ou onipotente” e que muitas vezes o médico renunciava à intervenção por reconhecer que “há doenças mais fortes que a natureza”.

De Hipócrates aos estudos desenvolvidos no início do século XX, por Loewi, ou às pesquisas desenvolvidas por Cannon, em Harvard¹, há uma reconfiguração deste cenário: a natureza e seus poderes curativos devem estar em consonância com o ato do médico. Ou seja, espera-se que a natureza ratifique a intervenção feita pelo médico no corpo do doente. O que o autoriza a isso? É o desenvolvimento da ciência fisiológica, que segue relegando cada vez mais a medicina hipocrática ao senso comum, tornando-a uma espécie de literatura popular que algumas vezes parece se avizinhar do charlatanismo (CANGUILHEM, 2005).

O conjunto de mudanças que começa a se esboçar ao longo do século XIX precisa ser bem examinado, devido à importância de seu teor epistemológico e pelas implicações metodológicas que se encontram aí associadas. Trata-se de avaliar como uma aproximação com a Ciência irá operar sobre um ofício que, até então, era filiado à Arte; cujo *modus operandi* era marcado por especificidades na relação com o outro, em que compareciam a confiança e o silêncio do sigilo.

¹ Otto Loewi (Alemanha, 1871 – EUA, 1961) dividiu o Prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia com Henry Dale, em 1936, pelos seus estudos sobre o funcionamento do Sistema Nervoso Vegetativo (hoje Sistema Nervoso Autônomo) através da sinapse química (neurotransmissores). Walter Bradford Cannon (EUA, 1871-1945) fisiologista que criou o conceito de homeostase, em Harvard, no início da década de 30.

Feitas essas colocações, a questão de como esse cenário foi sendo modificado historicamente pode ser evocada. Embora Canguilhem (2005) tome como marco os estudos fisiológicos desenvolvidos no início do século XX, pode ser observada outra afirmação em Foucault (2014), ao tentar apreender o que está em jogo neste novo modelo, a partir do qual a medicina se configura como ciência. Essa afirmação considera outros aspectos, que estão além dos pressupostos das pesquisas fisiológicas e suas descobertas sobre o funcionamento do corpo humano, no sentido estritamente biológico. Considera elementos da linguagem e faz sua análise incidir, sobretudo, no aspecto discursivo, em que é possível que o sujeito se torne objeto do ato de investigação, ou, em outras palavras: o sujeito é tomado como objeto de um nascente discurso científico (FOUCAULT, 2014).

O processo que engendra tal formação discursiva para Foucault (2014, p.X), tem início ainda no século XVIII, quando, segundo ele, “a medicina moderna fixou sua própria data de nascimento”. Uma descrição possível de tal fenômeno seria aquela em que a linguagem, ao buscar embasamento no “poder soberano do olhar empírico” (*ibid*, p. XIII), funda um saber em que o sujeito comparece como objeto de um discurso formal sobre a doença. Isso resulta em mudanças na clínica médica, que passa a ser considerada em sua forma discursiva, ou, enquanto “possibilidade de um discurso sobre a doença”. O que, afinal, poderia ser considerado como fator desencadeador dessa inovação?

Um ponto importante que precisa ser discutido é aquele que contesta a tese acerca da liberação da autópsia foi o evento que impulsionou a medicina em direção à Ciência. Foucault cita inúmeros documentos que atestam que no século XVIII a dissecação de cadáveres já era amplamente praticada, sendo inclusive regulamentada por decretos que obrigavam os hospitais a fornecer cadáveres aos professores em suas clínicas. Entretanto, isso por si só, não é suficiente para explicar a inserção da medicina no campo científico.

Para Foucault (2014, p.138), há uma separação entre o que ele denominou de “experiência clínica” e “anatomia patológica”, dentre as quais ocorreu uma “reestruturação” que produziu um “método clínico”. A mudança encontra-se no nível teórico, onde reside o elemento variante, a partir do qual se operam as

mudanças evidenciadas na história da medicina: “o lugar dos conflitos e dos desaparecimentos; é neste elemento teórico que o saber médico marcaria sua frágil relatividade” (FOUCAULT, 2014, p. 57). Essa inconstância teórica está em contraposição à experiência clínica, que tem lugar no “leito do doente”.

No capítulo “A velhice da clínica”, Foucault, faz uma análise mais detalhada do momento em que a clínica passa de uma atividade de observação para confirmar um saber colocado de antemão. Afirma que, em suas origens, a medicina consistia em uma série de práticas adotadas a partir da “relação imediata entre o sofrimento e aquilo que o alivia” (FOUCAULT, 2014, p. 58). Tal relação era estabelecida a partir de uma observação que acontecia sem articulação com um saber formal e sem a finalidade de racionalizar a experiência de adoecimento; uma vez constatada a eficácia de certa prática, essa era transmitida oralmente de uma geração a outra. Era, portanto, algo que se remetia à tradição, que tinha um caráter universal e que se dava no âmbito do que Foucault chamou de “instinto e sensibilidade” do indivíduo em perceber suas necessidades e a condição de seu próprio corpo. Só depois de todo esse processo era que isso circulava socialmente, mas sem nenhuma sistematização.

No tempo em que vigorava esse modo de experimentação de si mesmo, livre do rigor e das formalidades, que mais tarde foram adotados na medicina, ocorria um fenômeno apontado por Foucault que é muito sutil, mas que tem efeitos muito importantes na trajetória da medicina. É que, se constitui, neste contexto:

[...] uma forma geral de consciência de que cada indivíduo é ao mesmo tempo sujeito e objeto [...]. Antes de ser um saber, a clínica era uma relação universal da humanidade consigo mesma: idade de felicidade absoluta para a medicina. E a decadência começou quando foram inaugurados a escrita e o segredo, isto é, a repartição desse saber com um grupo privilegiado, e a dissociação da relação imediata, sem obstáculos ou limites entre o Olhar e a Palavra [...] (FOUCAULT, 2014, p. 58).

O processo de separação entre o olhar e a palavra resulta em uma produção discursiva atrelada ao poder, que passa a permear a relação entre médico e doente, numa dimensão cotidiana, que é também social, e da qual não se pode excluir o caráter político. Segundo Foucault, foi Hipócrates que, no século V

a.C., deu início à sistematização de uma clínica que antes era “universal e imediata”, e, conforme essa experiência ia se organizando, ao excluir a observação proveniente do ato de olhar, introduzia-se a metafísica na medicina. Instituiu-se, assim, “um saber que se pode dizer literalmente cego, porque não tem olhar” (FOUCAULT, 2014, p.59). O olhar tem, na concepção foucaultiana, uma importância fundamental, pois é através dele que o corpo do médico exerce sua função: é o olhar que confere à clínica seu valor enquanto experiência. Neste jogo, a pedra angular é a percepção – o sentido do médico dirigido a um fenômeno que transcorre no corpo do doente. É essa a clínica que está “sempre próxima das coisas” (FOUCAULT, 2014, p. 60).

Assim, a separação entre o olhar e a palavra (que tem início com a sistematização da experiência clínica) é o que permitiu a inserção da metafísica na medicina, pois a observação passou a ser subjugada ao discurso prévio, produzido antecipadamente e tomado como verdadeiro. A percepção já não tem mais valor enquanto ato de descoberta, porque se encontra, a partir de então, cindida da palavra. Entretanto, não ocorreu um banimento dessa clínica da observação, mas sim, um reordenamento, uma reconfiguração na qual a clínica passou a funcionar como *locus* de validação da verdade anunciada pelo saber médico. A palavra passou a dirigir o olhar do médico no contato cotidiano com o doente: exercício de poder sobre o outro (FOUCAULT, 2014).

Ao criticar o discurso sobre a doença, ao que parece, Foucault situa a palavra no campo da metafísica. Diante disso, colocam-se algumas questões que merecem ser examinadas. A primeira delas interroga: seria possível uma clínica da experiência imediata, ‘pura’, sem mediação da palavra? A segunda se, enfim, a clínica anterior a Hipócrates seria a tal clínica da experiência pura, de observação dos fenômenos, que prescinde de representação. Essas questões serão retomadas mais adiante. No momento, o importante é acompanhar os efeitos da afirmação de Foucault (2014, p. 64-65), ao considerar que, após ser submetida à sistematização em que o olhar passa a um plano secundário, a clínica é convertida a um “teatro nosológico”, no qual o nome antecede o olhar, subjugando-o “à verdade de um saber discursivo que vem se acrescentar de fora [...]”. Uma realidade dada de antemão que passou a estabelecer as condições, os critérios e o modo como esse olhar clínico

deveria incidir sobre o doente – com a finalidade última de confirmar uma verdade apresentada em um discurso sobre a doença, ao mesmo tempo em que produziria a sua validação.

Para finalizar a análise dos argumentos apresentados por Foucault (2014), falta ainda tocar em um ponto crucial: o da relação entre a história das instituições de saúde (institutos clínicos e hospitais) e as modificações que se processaram na experiência clínica. Atrelada à história das instituições de saúde (uma história nada factual e livre da cronologia), as transformações que se deram na experiência clínica vão marcar o modo como ela passou a se organizar. Enquanto nos institutos clínicos predominava uma vocação pedagógica, voltada ao ensino do método clínico, onde tem lugar a nosologia; nos hospitais a variedade de doenças exigirá do médico a “capacidade de descobrir a doença no doente”. Assim, o autor explica que “no hospital o doente é *sujeito* de sua doença, o que significa que ele constitui um *caso*; na clínica, onde se trata apenas de *exemplo*, o doente é o acidente de sua doença, o objeto transitório de que ela se apropriou” (FOUCAULT, 2014, p. 64, grifo do autor).

Portanto, é de um estabelecimento de ensino que Foucault está falando ao descrever essa instituição: a clínica. Estabelecimento que transmitirá um saber sistematizado, acumulado a partir das experiências prévias que fundamentaram esse ensino. Toma lugar neste estabelecimento a nosologia: ou seja, uma “medicina classificatória” era ensinada ali, sem preocupação com a análise dos casos a partir do que eles trazem de singular. Trata-se, principalmente, da constituição de um “*campo nosológico inteiramente estruturado*” (FOUCAULT, 2014, p. 63, grifo do autor), a partir de um contexto específico em que os casos são escolhidos cuidadosamente para responder às necessidades didáticas). Exatamente aí é que o doente, como pode ser lido na citação anterior, torna-se objeto do discurso sobre a doença. Esse discurso, inscrito no campo de um saber – a medicina – implica em um posicionamento político e em um consequente exercício de poder.

Enquanto Foucault atesta o caráter político do discurso, ao apontar que o sujeito passa a ocupar o lugar de objeto que sofre a ação de um poder exercido no plano da linguagem, através da palavra, Lacan (1998a) marca outra direção

para análise desse problema. O debate que se configura aqui tem como questão central indagar e avaliar quais foram os efeitos da inscrição da medicina no campo da Ciência. Ele afirma que através de uma série de modificações produzidas pela física é que se deu o advento da ciência moderna, a partir do qual houve uma redução necessária à constituição de seu objeto, cujos efeitos foram sentidos na linguagem. Pois, afirma “[...] nos parece radical uma modificação em nossa posição de sujeito, no duplo sentido: de que ela é inaugural nesta e de que a ciência a reforça cada vez mais” (LACAN, 1998a, p. 870).

Assim, Lacan (1998a, p.870) apresenta a tese de que é pelo *cogito* de Descartes, tomado por ele como “correlato essencial da ciência” que se abre a possibilidade de um sujeito, não qualquer, mas sim aquele dividido, ou seja: “o sujeito tomado numa divisão constitutiva”. O que marca essa fala de Lacan é que a Ciência, tendo como início os acontecimentos que desencadearam o Iluminismo a partir do século XVII, torna viável o sujeito e, portanto, a psicanálise. É o que se depreende da assertiva:

Que é impensável, por exemplo, que a psicanálise como prática, que o inconsciente, o de Freud, como descoberta, houvessem tido lugar antes do nascimento da ciência, no século a que se chamou século do talento, o XVII – ciência, a ser tomada no sentido absoluto no instante indicado, sentido este que decerto não apaga o que se instituíra antes sob esse mesmo nome, porém que, em vez de encontrar nisso seu arcaísmo, extrai dali seu próprio fio, de uma maneira que melhor mostra sua diferença de qualquer outro. Uma coisa é certa: se o sujeito está realmente ali, no âmago da diferença, qualquer referência humanista a ele torna-se supérflua, pois é esta que ele corta de imediato (LACAN, 1998a, p. 871).

Desta forma, a posição de Lacan (no que se refere ao advento da ciência e suas implicações para o sujeito) parece tomar, em primeira análise, uma direção diferente daquela escolhida por Foucault. Para Foucault, a inserção da medicina no campo científico se faz numa inversão de posição, na qual o sujeito foi colocado no lugar de objeto na produção de um discurso marcado pelo racionalismo e pelo formalismo; enquanto que para Lacan – sem que isso se coloque em oposição à crítica de Foucault – é precisamente o surgimento da ciência que abre caminho para que advenha o sujeito no que ele chamou de “âmago da diferença”. Não há assim um ponto pacífico no que diz respeito aos efeitos produzidos pela ciência: para Foucault, o efeito discursivo é o de um

apagamento do sujeito; já para Lacan, é essa incidência discursiva da ciência que marca o surgimento do sujeito. Sem que ocorra uma negação ao processo apontado por Foucault, o que Lacan localiza de maneira radical dentre esses efeitos é o advento do “sujeito”. Por outro lado, pode-se fazer a ressalva de que Lacan ao escrever “A ciência e a verdade” (1998a) não tinha como objetivo discutir o surgimento da clínica, nem tocar na história da medicina, tal como o fez Foucault em “O nascimento da clínica”(2014).

Assim, pode ser retomada a questão: é possível uma clínica sem discurso? A crítica de Foucault tem como ponto de partida a separação entre palavra e olhar. É sobre o discurso que ele se debruça, pois, para que o saber médico se constituísse como tal, foi necessário que algo da ordem de um registro acontecesse (já que sem isso as especificidades de um campo clínico não seriam passíveis de transmissão). De fato, isso não se deu sem que houvesse uma redução, processo que culmina na construção de um objeto próprio a um saber. A consequência para Foucault, como dito anteriormente, foi a entrada da metafísica na medicina. Mas, todo discurso é, impreterivelmente, indício de metafísica?

Essa pergunta coloca em evidência outro fator que integra a discussão em torno dos efeitos da incursão da medicina no campo científico, e que se remete à gênese das mudanças ocorridas na organização da vida cotidiana, bem como à função que o discurso² exerceu neste processo. Para fazer as considerações necessárias à compreensão de tal fator serão examinados os argumentos que Koyré (1991) - autor ao qual se refere Lacan – apresenta no capítulo “Do mundo do ‘mais ou menos’ ao Universo da precisão”. Nesse capítulo, o autor discute o surgimento do maquinismo no mundo ocidental. A questão inicial apresentada por ele interroga o porquê da tecnologia ter ocorrido (enquanto fenômeno histórico) na modernidade, e não na Grécia antiga. Segundo Koyré (1991), isso se explica pela ausência, no pensamento grego, de uma condição

² O termo ‘discurso’ é empregado para se referir ao que Lebrun (2004) define, a partir de Lacan, como “o que organiza o laço social” (p.53). Lacan manejará de maneira específica a noção de discurso no Seminário “O avesso da psicanálise” (1992), entretanto, nesse momento, nos valemos desse termo tão somente para delimitar a clínica como efeito de uma operação discursiva. No seminário “O saber do psicanalista” (1997), Lacan afirma uma “espécie de estrutura que designo com o termo discurso, isto é, aquilo pelo qual, pelo efeito puro e simples da linguagem, se precipita um laço social”.

imprescindível ao surgimento da tecnologia, no caso, a física. Para este autor, é o surgimento da física que produz a noção de precisão que se contrapõe ao “quase”, ao “mais ou menos” que caracteriza a vida cotidiana. Mas, o que interessa destacar na análise empreendida por Koyré, é a concepção de que a mudança que atesta a passagem de uma sociedade orientada pela imprecisão para outra “impregnada pela matemática” (KOYRÉ, 1991, p. 277) deu-se na cultura.

Isso significa que Koyré (1991) considera que a tecnologia só é possível em nossa sociedade porque foi precedida pela física, e, que o processo que engendra a mudança de um modo de organização impreciso – o mundo do “mais ou menos” – para um fundamentado na matemática – o “universo da precisão” – tem início no plano teórico. Assim, Koyré afirma que:

[...] enquanto Bacon conclui daí que a inteligência deve se limitar ao registro, à classificação e à ordenação dos fatos do senso comum (Bacon jamais compreendeu nada da ciência) é, ou deve ser, apenas um resumo, uma generalização ou um prolongamento do saber adquirido na prática, Descartes chega à conclusão exatamente oposta, ou seja, à da possibilidade de fazer a teoria penetrar na ação, quer dizer, da possibilidade da conversão da inteligência teórica ao real [...] (KOYRÉ, 1991, p. 275).

A articulação possível entre a discussão sobre a inscrição da medicina no campo da ciência e dos seus efeitos na clínica (e, conseqüentemente, no que concerne ao sujeito), justifica-se pela concepção defendida por Koyré de que a transformação que se opera na vida social nasce como resultado de um trabalho, que acontece primeiro no plano teórico. Somente depois deste trabalho conceitual é que seus efeitos surgem no mundo cotidiano, delimitando um novo modo de organização da vida comum dos homens. Os exemplos encontrados no capítulo são esclarecedores: seja o caso do vidraceiro, que apesar de fabricar óculos e de ter à sua disposição material para inventar um telescópio ou um microscópio não o faz; ou ainda o fato das operações do alquimista não lembrarem em nada os procedimentos realizados pelos químicos da atualidade. Porque não havia a possibilidade de expressar tais operações na linguagem. Não existia instrumental na linguagem para que tais operações fossem realizadas.

É verdade que não faltavam só os instrumentos de medida, mas

faltava também a linguagem que pudesse servir para expressar seus resultados [...]. E não foi a impossibilidade material para executar as medidas o que deteve o alquimista; ele não se serve delas mesmo quando estão ao seu alcance. Não é o termômetro o que lhe falta, é a ideia de que o calor seja susceptível de uma medida exata (KOYRÉ, 1991, p. 277-8).

Neste sentido, a discursividade pode ser considerada como aquilo que cria e delimita um campo específico de atuação – no caso – clínica, enquanto abre, simultaneamente, caminho para o advento do sujeito, como podemos afirmar a partir de Lacan. A complexidade do processo reside no fato de que para a construção de um objeto ao qual a medicina se dedicasse a estudar, era necessária uma operação de redução e de reconfiguração discursiva, conforme apontou Foucault, em que o sujeito passa a ocupar justamente o lugar de objeto neste discurso.

Portanto, nota-se que Foucault, ao pensar o discurso em sua aliança com o saber, coloca em cena o poder como tensão atuante em um campo de forças que incidem sobre o sujeito, deslocando-o para o lugar de objeto. Para ele, trata-se de uma realidade que é, sobretudo, política. A partir de Koyré e Lacan, podem ser encontradas outras possibilidades de análise do problema, que embora sejam diferentes da que Foucault coloca, não a invalidam ou sequer se opõem a ela. A proposta é indagar, a partir da leitura de Koyré, se há uma dimensão de materialidade colocada pelo discurso, pois ele opera produzindo instrumentos, técnicas e transformações na organização da vida comum, com importante efeito no aspecto social. Tudo isso se dá a partir e por meio da linguagem, nunca fora dela. Portanto, não há uma essência a ser revelada pelo discurso, não há uma realidade pronta de antemão ou um objeto ideal que o discurso deva mostrar com fidelidade. A partir de Koyré, abre-se uma via de análise que aponta para a ocorrência de uma produção de conceitos e ideias que trazem uma nova configuração da vida comum, materializando-se em instrumentos e tecnologias diversas. Por fim, Lacan avança com a questão e afirma que o sujeito advém exatamente a partir da ruptura causada pela Ciência.

As consequências resultantes desta cisão são discutidas por Costa-Moura e Fernandes (2009), e suas considerações contribuem para a análise do problema colocado pela medicina, ao buscar sua inserção no campo científico.

Segundo esses autores, a ciência promove uma significativa modificação, não só na linguagem, como também na própria relação do homem com a linguagem, na medida em que realiza uma série de operações lógico-matemáticas que se caracterizam por inviabilizar a “sustentação do lugar do sujeito no discurso” (COSTA-MOURA; FERNANDES, 2009, p. 144).

Essas operações formais constituem, primeiramente, um movimento no qual a diferença deixa de ser considerada na linguagem, pois a partir da adoção de proposições lógicas, que se baseiam na teoria dos conjuntos (fundamentada na semelhança dos elementos), anula-se também a possibilidade de que a dissimetria possa ser expressa no discurso. Isso acontece porque a matematização descrita por Koyré (1993), teve sérias implicações na linguagem ao realizar, através do formalismo, uma obstrução da representação. Ao desalojar o sentido (que organizava a realidade social no “mundo do mais-ou-menos”), a ciência - através de suas proposições lógicas - prescindiu do simbólico e promoveu o “[...] apagamento radical da dissimetria presente na linguagem [...], a tendência de redução da linguagem ordinária (multifacetária) à lógica binária [...], esvaziou a eficácia da palavra na ordenação do laço social” (COSTA-MOURA; FERNANDES, p. 146). Foram colocadas, a partir de então, uma rigidez e uma equalização das diferenças, que passam a não ter lugar no discurso.

É importante sublinhar que Lacan emprega o termo *forclusão* para delimitar a peculiaridade do processo em que a matematização funda a ciência, e esta, por sua vez, realiza o corte que tem como efeitos simultâneos o sujeito e sua exclusão. Como Lacan afirma em “A ciência e a verdade” (1998a):

[...] a prodigiosa fecundidade de nossa ciência deve ser interrogada em sua relação com o seguinte aspecto, no qual a ciência se sustentaria: que, da verdade como causa, ela não quer-saber-nada. Reconhece-se aí a formulação que dou da *Verwerfung* ou *forclusão* [...] (LACAN, 1998a, p.889).

Forclusão é o termo que Lacan leu em Freud como sendo o “modo de defesa próprio da psicose”, e que é empregado também para demarcar a operação em que a ciência prescinde do sujeito. Costa-Moura e Fernandes explicam, por fim, que se trata de uma operação em que há um resto impossível de ser reintegrado, e do retorno no real daquilo que está fora do registro do simbólico.

Assim, no discurso da ciência, o que se tem é um sujeito que foi alijado “da rede simbólica” (COSTA-MOURA; FERNANDES, p. 150, 2009).

Segundo Costa-Moura e Fernandes (2009), ao abdicar das representações, a ciência lança uma “matematização do real” que em última instância está fortemente articulada à operação de forclusão do sujeito, pois:

O real concernido pela ciência e obtido da formalização de suas operações impõe esse distanciamento necessário do plano das representações, plano que requer a interpretação, sempre forçosamente aproximativa. Efetua-se deste modo a substituição de um mundo alfabético, nuançado – para o qual se poderia encontrar um sentido – por um saber ‘numérico’ que pode ser acumulado. Um saber que sustenta uma pretensão universalizante no sentido de valer para todos, de deter a boa resposta para todos e poder prescrever nosso bem. Mas ao qual não somos mais chamados a dar sentido (o que implica que estamos, como sujeitos, forcluídos deste saber) (COSTA-MOURA; FERNANDES, 2009, p.148).

Assim, a ciência realiza o corte a partir do qual o sujeito surge como efeito e, ao mesmo tempo, efetua a sua forclusão. Esse sujeito - que emerge como resto de uma operação da ciência, sem que possa ser por ela exterminado - é aquele do inconsciente ao qual a psicanálise se dirige (*Ibid*, p. 145). Por outro lado, é preciso recordar que esse mesmo sujeito, ao ser alijado do simbólico, deixa de ser convocado a dar sentido às experiências com as quais se defronta em um mundo ordenado pela exatidão matemática. Diante disso, podem ser colocadas algumas questões que articulam o advento da ciência, a forclusão do sujeito e as implicações resultantes de uma mudança epistemológica. Essa mudança levou, de forma gradual, a medicina a migrar de uma atuação definida por Canguilhem como “expectante” para aquela que Foucault denominou de “classificatória”.

A mudança que transcorreu no âmbito da linguagem e que indicou uma série de feitos - tais como a sistematização realizada por Hipócrates e a transmissão desse método nas instituições clínicas -, alocou o sujeito no lugar de objeto em um discurso sobre a doença, conforme Foucault demonstrou. A medicina, ao se movimentar na direção do campo científico, forjou as operações necessárias para que se constituísse o objeto sobre o qual se debruçou, buscando configurar seu campo de atuação dentro das prerrogativas lógicas propagadas pela ciência. Desta forma, o apagamento do lugar do sujeito, apontado de

diferentes modos por Foucault e Lacan, coincidem. O que muda é que, para Lacan a ciência engendrou – como efeito de sua aparição – o sujeito do inconsciente, alijando-o do seu discurso e prescindindo do simbólico para organizar um real estruturado pela matemática. Isso significa, entre outras coisas, um mundo em que a dissimetria e o aspecto multifacetário da linguagem foram colocados em segundo plano, em detrimento de pressupostos lógicos dirigidos pelo princípio da semelhança e da equalização dos elementos que formam um conjunto.

Além dos pontos elencados até este momento, cabe avaliar a relação entre a ciência e o declínio da função paterna ao longo deste século, a partir da leitura de “Um Mundo sem Limites”, de Lebrun (2004). Fato sem precedentes históricos, o que Lebrun aponta é a ocorrência de uma formação social em que o Pai se encontra destituído enquanto “representante do simbólico”; ao mesmo tempo em que, por outro lado, deposita-se na ciência a expectativa de que ela cumpra a função de autoridade para a qual não há, de sua parte, disposição. É importante tocar neste ponto porque aí também ficam expostas sérias consequências para o campo social. Lebrun (2004, p. 49), ao indagar “há lugar para o Pai em nosso mundo?” abre a possibilidade de avaliar o quanto a dissimetria – introduzida pelo pai na relação entre mãe e filho – foi cuidadosamente desconsiderada pela ciência. Essa análise pode ser encontrada também em Melman (2003), que afirma a respeito do apagamento do lugar do pai:

Não seria eu que viria lembrar a você o destino que conhece hoje a figura paterna, a forma pela qual, de maneira absolutamente surpreendente tanto está escrita na moda, nos aplicamos em castrá-la, pela qual ela, a dita figura, está cada vez mais interdita, mal conduzida, desvalorizada (MELMAN, 2013, p.22).

Em consonância com o que foi exposto anteriormente, Lebrun (2004, p.27) afirma que “o progresso da ciência subverteu a autoridade do pai” e isso resulta em “uma nova modalidade de laço social”, em que se encontram (para citar um exemplo) sérios comprometimentos no campo da alteridade. Mas, para fazer estas afirmações, o autor delimita aspectos que devem ser examinados para dar prosseguimento à discussão proposta neste capítulo. O primeiro deles chama atenção para a necessidade de que se façam duas distinções: uma

entre ciência e método da ciência, e, outra entre ciência e discurso da ciência. Pode-se depreender da leitura de Lebrun que a ciência é o campo de investigação fundamentado na matemática, que apresenta a peculiaridade de não se reconhecer enquanto discurso³. O método da ciência, por outro lado, consiste na adoção de uma determinada prática ou de um conjunto de procedimentos que se consideram legítimos a partir da ciência e que são transmitidos pelo discurso. Quanto à diferença entre a ciência e o discurso da ciência, a crítica de Lebrun (2004, p.53) é dirigida especificamente “aos efeitos do discurso científico no social”, o que significa que o autor não tem o propósito de invalidar a ciência enquanto campo de investigação, mas sim de acompanhar os efeitos produzidos pela adoção do método científico e pelo discurso resultante do emprego deste. Assim:

[...] não se trata, aqui, de confundir a ciência, as ciências, o científico e o discurso da ciência. É preciso, com efeito, claramente diferenciar a ciência como procedimento de conhecimento e discurso da ciência como laço social inaugurado pela existência desse tipo de conhecimento [...]. As ciências, quanto a elas, são apenas o conjunto de conhecimentos assim elaborados, segundo o procedimento da ciência, nos mais diversos domínios (LEBRUN, 2004, p 53).

O segundo aspecto é que Lebrun afirma que o efeito primordial do discurso da ciência foi, como dito anteriormente, a destituição do Pai, resultando no esvaziamento do lugar do mestre. Disso, constituiu-se uma nova forma de laço social, em que o ordenamento neste campo é feito por um “saber de enunciados, um conjunto acéfalo de ditos” (LEBRUN, 2004, p. 54). Entretanto, Lebrun atesta que não se trata de buscar na origem deste processo argumentos que recorram ao conceito de ideologia, porque a direção é outra: é preciso contemplar a questão da estrutura. Para ele, “é por estrutura que a ciência se presta a uma possibilidade de violação da Lei da linguagem” (LEBRUN, 2004, p. 54).

Desta forma, tanto Costa-Moura e Fernandes (2009), quanto Lebrun (2004) atestam mudanças importantes ocorridas na linguagem que são decorrentes do advento da ciência na Idade Moderna. Além do efeito primeiro (que é o sujeito do inconsciente), tais mudanças atuam produzindo o apagamento do lugar do

³ Lacan (1998a, p.884) afirma que “a ciência, se a examinarmos de perto, não tem memória. Ela esquece as peripécias em que nasceu uma vez constituída [...]”.

sujeito no discurso (forcluído pela ciência), a matematização do real em consequência da abolição da representação, e uma nova configuração social em que se apresenta de um lado um Pai destituído, impossibilitado de fazer incidir a dissimetria na relação mãe-filho, e de outro a propagação de um saber acéfalo em um discurso que se nega enquanto tal. É preciso lembrar ainda que sem dissimetria, fica comprometida a possibilidade de dar lugar à diferença.

Na conferência “O lugar da Psicanálise na Medicina”, Lacan (2001, p.10) reafirma que o médico era mesmo “um homem de prestígio e autoridade”, mas que aconteceram mudanças no que ele chamou de “função do médico”. Para ele, a medicina sempre ancorou suas práticas em um aparato doutrinário, que no século XIX se “proclamou científico”, mas sem que isso as tenha, de fato, tornado científicas. Acontece que a ciência engendrou, a partir de seus pressupostos técnicos, um novo mundo ao qual o homem comum se esforça para tomar parte. É nesse cenário que as mudanças na função do médico serão produzidas, dando a ele a responsabilidade de lidar com uma demanda específica, da qual falaremos adiante.

Para pensar neste ponto introduzido por Lacan acerca da novidade em torno da função do médico, é necessário retomar outro aspecto com o qual o sujeito moderno se debate. Segundo Costa-Moura e Fernandes (2009), a ciência, ao afastar o homem do simbólico, instaurou a ideia de que o efeito da palavra se tornou ineficaz, afrouxando o laço social. Diante disso, o sujeito já não tem o anteparo da “experiência coletiva da cultura” e tem de arcar, com uma construção que lhe permita sustentar algo de seu.

Em tais circunstâncias, se temos alguma possibilidade de nos reintroduzirmos como sujeito em nossos ditos, será frequentemente como negatividade: lapso, sintoma, ato, enunciação. É a este sujeito que subsiste apenas como ponto de fuga, que o discurso psicanalítico concerne. E é este também o sujeito que a ciência tenta reintroduzir no cálculo. O que, no contexto das sociedades capitalistas, significa reduzi-lo ao cálculo da demanda (COSTA-MOURA; FERNANDES, 2009, p. 151).

A partir desse ponto, podem ser tecidas algumas considerações em torno dessa relação entre a medicina, a ciência e a indústria. Primeiro, coloca-se como contrapartida à entrada da medicina no campo científico uma perda de autonomia do médico, já que este teve de se contentar em ser mais um “perito”

dentre os vários especialistas credenciados pelo cientificismo, como afirma Lacan (2001). A segunda colocação está intimamente relacionada à primeira, e consiste naquilo que pode ser lido como uma espécie de captura do médico, que agora se vê atrelado a procedimentos determinados e prescritos pela indústria. Assim, a atuação do médico encontra-se atravessada por interesses que se afastam do que seria uma clínica de observação da natureza, tal como descreveu Canguilhem, na medida em que o médico fica aprisionado ao lugar de quem responde às demandas do outro. Assim:

O mundo científico deposita em suas mãos o número infinito daquilo que é capaz de produzir em termos de agentes terapêuticos novos, químicos ou biológicos. Ele os coloca à disposição do público e pede ao médico, assim como se pede a um agente distribuidor, que os coloque à prova. Onde está o limite em que o médico deve agir e a quê deve ele responder? A algo que se chama demanda? (LACAN, 2001, p.10)

É a partir desse novo elemento que se introduz uma modificação substancial tanto na relação entre médico e doente, quanto no posicionamento da própria medicina perante a ciência. Lacan (2001) marca uma diferença entre a “posição tradicional do médico” e aquela que a medicina, após adentrar o campo científico, passou a ocupar. Trata-se, entre outras coisas, de uma oferta largamente propagada, que faz referência a um estado de saúde ideal, e que talvez, por isso, seja impossível de ser atingido, mas que não deixa de ser reivindicado por muitos daqueles que buscam o médico. Entra em cena a expectativa de que seja alcançado um estado do qual seja banida qualquer referência à dor, ao sofrimento, à finitude humana. Esse estado de completo bem-estar é o que se reconhece atualmente como saúde⁴.

Assim, essa petição que é dirigida ao médico é o ponto em que Lacan mostra que não há coincidência entre a demanda e o desejo: “[...] no momento em que qualquer um, seja macho ou fêmea, pede-nos, demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja” (LACAN, 2001, p.12). Desta forma, pode-se concluir que atualmente a intervenção do médico se vê limitada ao nível da demanda, não sendo possível, nesta configuração, operação com o desejo. Foi a partir da

⁴ Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS: “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Esta definição consta na Constituição da Organização Mundial da Saúde, assinada em Nova Iorque, 1946.

entrada da medicina no campo científico, com seu aparato tecnológico, que este enrijecimento se instaura na relação entre médico e paciente, pois:

À medida que o registro da relação médica com a saúde se modifica, em que esta espécie de poder generalizado que é o poder da ciência, dá a todos a possibilidade de virem pedir ao médico seu *ticket* de benefício com um objetivo preciso imediato, vemos desenhar-se a originalidade de uma dimensão que chamo demanda (LACAN, 2001, p.12, grifo do autor).

Lacan explica que, ao contrário do que se pode supor inicialmente, o doente ao demandar algo do médico, deseja que sua condição seja por ele legitimada: “quando o doente é enviado ao médico, ou quando o aborda, não digam que ele espera pura e simplesmente a cura. Ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente (...). Ele vem às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente” (LACAN, 2001, p.13). Isso aponta para a divergência e para a impossibilidade de congruência entre a demanda e o desejo. É preciso dar importância a essa divergência, porque Lacan (2001, p. 13) assegura que “é no registro do modo de resposta à demanda do doente que está a chance de sobrevivência da posição propriamente médica”.

Como foi dito até aqui, a trajetória da medicina em direção ao campo científico marca uma série de operações, cujos efeitos são sentidos na linguagem e na relação do homem com a linguagem, produzindo mudanças evidenciadas no apagamento do lugar do sujeito no discurso sobre a doença, na inviabilização da função paterna (que introduz a dissimetria e a diferença a ser representada pelo sujeito quando se depara com a falta). Cabe, a partir disso perguntar: que possibilidade tem o médico de preservar algo de sua função ante a matematização que produziu a ciência, prescindindo do simbólico?

Novamente, é Lacan quem indica a direção que pode tomar a discussão ao afirmar que a psicanálise é que sustenta algo dessa função:

O que indico ao falar da posição que pode ocupar o psicanalista, é que atualmente ela é a única de onde o médico pode manter a originalidade de sempre de sua posição, qual seja, daquela de alguém que tem que responder a uma demanda de saber, ainda que isso possa ser feito conduzindo-se o sujeito para o lado oposto das ideias que emite para apresentar essa demanda (LACAN, 2001, p. 14).

É aí que parece estar situada a dimensão ética, tanto no que concerne ao

sujeito, quanto no que diz respeito à relação entre médico e doente, pois o que se segue na escrita de Lacan (2001, p.14) é a transferência: “na ponta desta demanda, a função da relação com o sujeito suposto saber revela aquilo que denominamos transferência”. Eis o impasse que se coloca diante do médico: de um lado a transferência, de outro os imperativos da ciência a lhe exigir atuar como “agente distribuidor”. O horizonte parece estar ainda mais denso se for considerado que tudo isso tem um custo que pode, de fato, expressar-se em valores matemáticos muito caros ao capital. Como afirmaram Costa-Moura e Fernandes (2009), a ciência em seu ato duplo de fazer surgir o sujeito para forcluí-lo em seguida, tenta reintegrá-lo justamente no cálculo da demanda. A inegável relação entre a ciência e o capitalismo vai desaguar nas infintas reivindicações da produtividade, “como eles [médicos] responderão às exigências que convergirão bem rapidamente para as exigências da produtividade?” (LACAN, 2001, p.09).

1.1 A PSIQUIATRIA E A INVENÇÃO DE SEU OBJETO

O trajeto percorrido até aqui tentou cotejar o problema que foi delineado pela questão: quais são os efeitos da inscrição da medicina no campo científico? A discussão, de caráter eminentemente epistemológico, teve início com pontuações sobre as práticas da medicina atualmente, em que os próprios médicos, ao falar de seu cotidiano de trabalho, tecem considerações acerca das interferências do capitalismo no contexto em que exercem a medicina.

Em seguida, a partir da leitura de Canguilhem e Foucault, foram introduzidos elementos que, uma vez articulados, mostraram significativas mudanças que reconfiguraram a prática da medicina e que, antes de tudo, tais modificações têm história: e era preciso dar lugar a ela. A escolha de assumir essa historicidade, evidenciada já de início pela epígrafe de Canguilhem, denota a importância que tem um processo que é muito mais caracterizado pela desconstrução e pela descontinuidade do que pelo apego ilusório de uma análise pautada pela cronicidade linear. É que fazer uma análise, sem abrir mão das contradições históricas, é colocar como ponto de partida a própria

palavra.

Além de Foucault e Canguilhem, a leitura de Lacan e Koyré propiciou a discussão em torno da importância do discurso para a fundação e delimitação de um campo, que no caso consiste no campo científico (e posteriormente, no clínico), e também para avaliar, numa articulação com o pensamento foucaultiano, o modo como a instância discursiva atua produzindo as transformações na medicina e no método clínico. E o sujeito, que lugar ele ocupa nesse nascente discurso sobre a doença? Para Foucault, o sujeito é colocado no lugar de objeto. Sem contradizê-lo, Lacan afirma o sujeito como efeito da Ciência.

Avançando, os argumentos apresentados por Lebrun, Costa-Moura e Fernandes possibilitaram fundamentar a reflexão que se desdobrava sobre a relação entre ciência e medicina, caracterizando a ciência como campo que emerge da matematização do real e que prescinde do simbólico. Esse processo opera primeiro como corte cujo duplo efeito é o advento do sujeito e sua forclusão, sem, contudo, exterminá-lo. Ele retorna como resto de uma operação de matematização da própria linguagem, promovendo, desta vez, um apagamento do lugar do sujeito. Neste ínterim, o sujeito da ciência não é convocado a dar sentido, pois a ciência destitui a palavra de valor, abrindo mão da representação. Além disso, a função paterna também sofreu as reverberações de tais operações lógicas. Lebrun discutiu os efeitos do discurso científico no campo social, apontando para as consequências do enfraquecimento da figura do Pai na coletividade ordenada por um discurso que se nega enquanto tal, propagando um conjunto de ditos sustentados pelo próprio enunciado.

Por fim, retornou-se a Lacan, no intuito de dirigir a discussão para outros elementos que também compõem a problemática tratada neste capítulo, que são as três dimensões elencadas acima: a demanda, o desejo, e a ética. O passo seguinte é partir para uma avaliação que contemple mais especificamente o campo da clínica e as articulações possíveis com a psiquiatria, a psicopatologia e a psicanálise; interrogando a lógica que permeia a clínica na contemporaneidade.

Para iniciar este segundo tempo do capítulo, é preciso partir da constituição da psiquiatria enquanto campo e do seu posicionamento em relação aos pressupostos científicos. Mais uma vez, é na história que se encontram elementos que indicam os pontos de ruptura que fazem a discussão avançar. A escrita de Foucault em “História da Loucura na Idade Clássica” (1978) foi escolhida para abrir esse outro momento do trabalho. O objetivo é verificar como a psiquiatria se fundou enquanto campo, a partir da elaboração de um discurso sobre a loucura, com especificidade e delimitações próprias, que assinalam uma diferença em relação às experiências anteriores, não só no campo social, como também na clínica.

O contexto do qual Foucault (1978) retira os primeiros elementos para sua discussão remete-se à Europa ocidental no momento em que, encerradas as disputas por Jerusalém e pelo controle das rotas de entrada das especiarias no ocidente, as Cruzadas contra o islã tiveram fim. Isso assinala também o fim de outro flagelo que assolou os europeus ao longo da Idade Média e que deixou um legado peculiar aos loucos: trata-se da erradicação da lepra e do esvaziamento de um grande número de estabelecimentos a que os doentes, excluídos do convívio social, eram destinados. Os inúmeros leprosários situados na França passam a receber outros ocupantes, “pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’” (FOUCAULT, 1978, p. 10), situação essa regulamentada no século XVII. Junto aos prédios e instalações dos leprosários, seus novos habitantes herdaram também a exclusão social, mas com um sentido bem diverso daquele a que estavam submetidos os leprosos. Qual é a nova tonalidade desta exclusão?

Segundo Foucault (1978), é preciso considerar que a relação estabelecida entre o leproso e o homem sadio era atravessada pelos valores da cristandade, e, que por isso, a salvação imprimia a tonalidade que caracteriza a exclusão desse doente. Fato que não se repetirá no século XVII: o sagrado já não fundamentará a exclusão como ato de caridade, pelo qual o leproso era salvo pela bondade divina em colaboração com quem o renegava.

Na Renascença, diversas práticas coexistiam em relação à loucura: os loucos

podiam ser escorraçados das cidades, destinados à Nau dos Loucos⁵, tratados em hospitais ou simplesmente encarcerados. Foucault apreende tais práticas em articulação, apontando que os loucos eram banidos mais para que encontrassem a verdade de seus destinos alhures, numa espécie de ritual de purificação, do que por ser uma ameaça aos habitantes das cidades. Os elementos que subsidiam esta leitura de Foucault (1978) são a interdição dos loucos às Igrejas (embora não lhes fosse vetado participar dos sacramentos), o açoitamento público de alguns loucos, seguido pela sua perseguição em uma espécie de corrida - culminando com uma surra através da qual eram lançados ao exterior da cidade.

A análise que Foucault empreende, tanto da literatura quanto das gravuras, mostram que ao longo do século XV, a loucura vai se sobrepondo à temática da morte (que tem predomínio na primeira metade deste século) num movimento que indica um olhar que migra desse reconhecimento imperioso do fim para uma “contemplação desdenhosa deste nada que é a própria existência” (FOUCAULT, 1978. p.20). Figuras animais povoadas o imaginário europeu renascentista, mostrando ao homem a verdade incontestável de sua bestialidade. Ao que parece, está em jogo um saber que o homem não espreita inquieto, e do qual o louco é tão próximo que o carrega como estandarte. Foucault cita as figuras da lanterna de Margot, a louca e a árvore (do fruto proibido, que uma vez arrancada do paraíso serviu de mastro na Barca dos Loucos) como expressão da relação entre a loucura e esse saber interdito.

Da “Nau dos Loucos”, de Bosch, ao “Elogio da Loucura”, de Erasmo de Roterdã - uma do final do século XV e a outra do início do século XVI - o que pode ser observado é um processo em que a loucura vai tomando contornos de vício, fraqueza humana a ser alojada no campo moral. A relação entre saber e loucura aparece com um teor punitivo: é como se a loucura fosse o fim daquele que se deixou levar por um saber que no fim de tudo, é insignificante (FOUCAULT, 1978). A loucura em Erasmo surge não mais na relação do

⁵ Tal termo se refere a grandes embarcações marítimas nas quais os considerados desatinados na Idade Clássica eram colocados e enviados a outras cidades. A Nau dos Loucos faz remissão à antiga mitologia grega, que retrata a “grande viagem simbólica” expressa em “Os Argonautas”, dando vida ao que, até então, figurava na mentalidade dos antigos.

homem com o mundo, mas sim como expressão da fraqueza do homem perante ele próprio; trata-se da conturbada relação do homem consigo mesmo, “porque é o homem que constitui [a loucura] no apego que ele demonstra por si mesmo e através das ilusões com que se alimenta” (*ibid.*, p. 30).

A descrição desse processo, em que a loucura vai ganhando contornos de defeito e fraqueza moral, obtém força na medida em há uma separação entre a concepção que prevalecia no início do século XV – a loucura como experiência de uma espécie de invasão de algo de fora, podendo ser situada na relação do homem com o mundo – e a do século seguinte - que situa a loucura na relação do homem consigo mesmo, em que o louco já não é aquele que acessou um saber proibido, mas aquele que se fará ridículo aos olhos de um sábio. O que resultará na constituição da loucura enquanto fenômeno da linguagem, caracterizado como vício, fraqueza moral. Assim,

[...] Este confronto entre a consciência crítica e a experiência trágica anima tudo o que pôde ser sentido sobre a loucura e formulado a seu respeito no começo da Renascença. Trata-se antes de um privilégio cada vez mais acentuado que a Renascença atribuiu a um dos elementos do sistema: àquele que fazia da loucura uma experiência no campo da linguagem, uma experiência onde o homem era confrontado com sua verdade moral, com as regras próprias à sua natureza e à sua verdade (FOUCAULT, 1978, p. 33 -34).

Conforme essa separação se consolida, é em relação à razão que a loucura vai sendo lida como tal, enquanto a Barca dos Loucos vai cedendo lugar ao Hospital. É assim que, a partir de Descartes, a loucura é considerada como um “não pensar”, porque “eu, que penso, não posso estar louco” (FOUCAULT, 1978, p. 53). Aqui, a questão não é o que se constitui como conteúdo de um pensamento louco, mas sim, o fato de que o sujeito que pensa não enlouquece: a condição para se ‘estar louco’ é o não pensar. Segundo Foucault, o louco nunca poderá se questionar quanto a sua loucura, pois é incapaz de pensar sobre sua condição, enquanto, do outro lado, há a certeza de que o pensamento está imune à loucura.

Assim, o que se tem é a afirmação da loucura no exterior dos domínios da Razão. Mas isso, ainda não assegura que a loucura passe a ser assunto da medicina enquanto saber, ou que o louco seja alvo de cuidados médicos. Qual é, então, o quadro que se desenha neste momento em que já não se

embarcam os loucos, e, no qual a prática do internamento vai se propagar por toda a Europa Ocidental? Foucault começa a marcar a passagem entre a experiência em que os loucos peregrinavam pelas cidades através da Nau dos Loucos e o momento em que passaram a ser confinados nos hospitais - internamento.

Contudo, uma particularidade é apontada por Foucault (1978): a internação não era dirigida especialmente à loucura. Ao contrário, o louco vai dividir o hospital geral, as *workhouses* e demais espaços de aprisionamento com diferentes tipos sociais. Ao seu lado encontravam-se os miseráveis, órfãos, jovens indisciplinados, doentes acometidos por diferentes males, mulheres de má reputação, desempregados, criminosos, pensionistas (entregues pela família aos cuidados desse tipo de instituição) e demais indivíduos que a própria coroa mandava internar. Uma outra consideração importante: deve-se atentar para o quanto esse Hospital Geral difere da concepção que temos hoje, embora seja difícil estabelecer um estatuto claro para essa instituição, que parece mesclar funções de assistência social, da polícia e do poder judiciário. É um espaço híbrido no que se refere à população que acolhe e na definição de sua área de atuação, tendo muitas e variadas funções. Foucault (1978, p. 57) assim o define: “(...) o Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa”.

É desta forma que, dentre os miseráveis, a loucura ganha destaque como a porção de impossível, aquilo que jamais poderá ser inserido nos parâmetros burgueses de normatividade. É que, aparentemente, o louco não se inscreve no circuito de exploração do trabalho, e nem no de consumo. Isso, ao que parece, foi lido como recusa a participar do jogo social, segundo as regras inventadas pelo capitalismo. Saindo de um lugar com referências ao sagrado, ao mítico – no início da Renascença – para ocupar o lugar da fraqueza e do vício, aos quais cabem sanções morais, a loucura vai se constituindo em problema social a ser tratado politicamente (FOUCAULT, 1978).

Ora, com a leitura de “História da Loucura na Idade Clássica” (1978), torna-se evidente que, para Foucault, a loucura não era assunto da medicina durante os

séculos que precederam a Revolução Francesa. É por isso que a entrada de Pinel e a cena de libertação dos acorrentados no Hospital de *Bicêtre* - ao qual ele chega em 1792 - marcam uma passagem importante: esse ato de Pinel assinala o processo que Foucault descreveu como o surgimento de uma nova percepção da loucura. Assim:

Ignorada há séculos, ou pelo menos mal conhecida, a era clássica teria começado a apreendê-la de modo obscuro como desorganização da família, desordem social, perigo para o Estado. E aos poucos esta primeira percepção se teria organizado, e finalmente aperfeiçoado, numa consciência médica que teria formulado como doença da natureza aquilo que até então era reconhecido apenas como mal-estar da sociedade (FOUCAULT, 1978, p. 91).

Para os propósitos deste trabalho, a análise efetuada por Foucault (1978) é importante por nos demonstrar como as representações da loucura foram sofrendo modificações ao longo do tempo que ele designou de “Idade Clássica”, até a ruptura que marca o surgimento da psiquiatria como campo no qual a loucura é tomada como objeto de estudo. No entanto, como essa produção discursiva pode se articular ao que hoje podemos observar no campo da clínica? Uma vez que a psiquiatria nasce de um empreendimento - que para Foucault é claramente político - que relação pode ser inferida desse movimento inicial, de constituição de um campo, ao que hoje conhecemos como uma psiquiatria orientada pelos pressupostos do DSM 5?

A partir da análise empreendida por Foucault em “História da Loucura na Idade Clássica” (1978), é possível acompanhar o processo em que a loucura - antes situada numa relação com o mundo, cujos laços no campo social encontravam-se organizados pelos valores oriundos do campo do sagrado - foi sendo isolada enquanto experiência humana, até que se tenha tornado impossível um reconhecimento coletivo daquilo que antes era tão familiar. Desfeito este laço, o que tem lugar é a exclusão e o internamento, que se dava a partir de critérios definidos pela burguesia, movimento em que predomina uma moral historicamente constituída, mas que se afirma natural (negando, portanto, seu caráter histórico). Assiste-se à psicologização da loucura, através de um movimento discursivo empreendido pela psiquiatria, que tem como resultado a delimitação de um campo próprio. Ao que parece, para Foucault, trata-se de um ato político em torno do qual foram articuladas diferentes instâncias:

econômica, social e cultural.

A ocorrência de tal operação discursiva deve ser considerada em sua dimensão política, tal como fez Foucault. Mas que outros efeitos podem ser extraídos desse processo? Sem negar a historicidade que o constitui, é possível pensar também nos efeitos que incidem sobre o campo da clínica. Para tanto, a questão será analisada a partir dos argumentos apresentados por Czermak em “Apanhar um fato clínico” (2007), momento em que esse debate assume outra direção. Sem contestar Foucault, o pensamento desenvolvido por Czermak contempla aspectos da função do discurso enquanto dispositivo que, além de forjar um objeto e assim fundar um campo, delimita uma prática, o que não se faz sem método, sem forma e sem rigor. Diante disso, pergunta-se: o discurso é algo de que se pode abrir mão, quando se trata da clínica? Tal como faz a Ciência, é possível para a psiquiatria abdicar da representação, e ainda assim traçar um campo com um objeto próprio?

Analisando, a partir de Czermak, a importância da discursividade para o delineamento da psiquiatria enquanto saber, Tenório (2012) faz ponderações sobre a delimitação da loucura enquanto o objeto próprio à psiquiatria. Este autor afirma que foi justamente por ter realizado um corte com relação ao laço social, estabelecido antes da Revolução Francesa, que “a psiquiatria isolou um registro de escuta” (*ibid*, p.24), no qual a loucura figura como uma experiência que guarda especificidades que a distinguem de outras pelas quais um ser humano pode passar. Isso é o que permite a emergência de um campo no qual o louco fosse considerado em uma dimensão diferente da moral (até então vigente), já que a medicina, uma vez marcada pelo advento da ciência, situa a loucura em outro registro⁶. Contudo, tal registro não pode ser considerado como estritamente científico: embora ele resulte do corte com o laço social, eminentemente moral que predominava anteriormente, há de ser observada uma distinção entre a ciência propriamente dita e a medicina. Segundo Lacan:

[...] a prática da medicina nunca ocorreu sem ser grandemente

⁶ Analisamos especificamente o modo como a psiquiatria delimita seu campo a partir da apreensão da loucura enquanto objeto de seu nascente discurso. Isso não impede que existam outros modos de inscrição da loucura em diversos campos, com diferentes modos de relação estabelecida entre a loucura e outros saberes.

acompanhada por doutrinas. Que durante um tempo bastante curto, no século dezanove, as doutrinas se tenham proclamado científicas não as tornou, no entanto, mais científicas. Quero dizer que as doutrinas científicas invocadas na medicina eram sempre, até uma época recente, retomadas de uma ou outra aquisição da ciência, com atraso de vinte anos ou mais. Isto demonstra bem que este recurso só funcionou como substituto, para mascarar, o que anteriormente há que se localizar como uma espécie de filosofia (LACAN, 2001, p. 11).

A situação pode ser brevemente caracterizada como uma aproximação entre a medicina e a ciência, sem que isso garanta que a medicina se torne, de fato, ciência. Parece haver um processo no qual a medicina busca se orientar pelos preceitos da ciência, e de fato o faz, mas o resultado não a torna uma ciência nos parâmetros da física, por exemplo. Assim, é possível identificar aspirações científicas na psiquiatria que demarcam um novo lugar para a loucura no social, mas há de se observar que essa mudança não é suficiente para inscrevê-la como “objeto científico”, mas sim como objeto de um discurso que se propõe afiliado aos parâmetros da ciência⁷. Neste sentido, houve um corte decorrente da necessidade de elaboração discursiva:

A sutileza é que aquilo que devia ser nomeado e tratado por esse discurso específico não era sem relação com o discurso comum. Antes de ser aferido pelo discurso médico, era percebido e identificado já no discurso comum. Quem primeiro identifica os fenômenos humanos que devem constituir o objeto de uma abordagem médico-científica é o laço social ordinário. [...] A proximidade permanente dos fenômenos da loucura com os fenômenos morais e sociais representou, para a psiquiatria, a exigência de elaboração de uma discursividade própria (TENÓRIO, 2012, p.25).

Dessa forma, esse corte inaugura o momento em que a psiquiatria elabora um discurso próprio, no qual a loucura é desvincilhada de uma visão moral, muitas vezes atrelada à religião. O contexto histórico no qual esse processo tomou curso, não por acaso, é o da Revolução Francesa. Segundo Tenório (2012, p.24) o efeito primeiro desta cisão é o reconhecimento “da especificidade da condição dos loucos, que só é possível de ser consumado sob a égide da ciência”.

Portanto, além de promover a demarcação do campo da psiquiatria, o discurso

⁷ A esse respeito, consta na primeira parte deste capítulo, uma apresentação da definição que Lebrun (2004) faz sobre o discurso científico, diferenciando-o da Ciência. Essa ponderação é importante para compreender a discussão desenvolvida a respeito da posição da psiquiatria (e mesmo da medicina em geral) em relação à Ciência.

precisa ser pensado também em sua relação com a clínica. Afinal, quais são os efeitos do discurso no campo da clínica? Esta temática pode ser analisada a partir da contribuição de Czermak (2007), ao discutir a questão “como é que se apanha um fato clínico”? Um primeiro ponto a ser destacado é que essa pergunta faz referência à dimensão do método, portanto tem implicações com a *práxis* e precisa ser tomada a partir disso, não isoladamente. O segundo é que é necessário, para determinar os critérios a partir dos quais será apanhado um fato clínico, que se tome como ponto de partida a linguagem:

[...] quando se trata de estabelecer os fatos, quando se trata de saber do que é que falamos, com o que é que trabalhamos e o que é que levamos em conta, pois bem, o primeiro instrumento metodológico que temos [...] é uma língua, uma linguagem bem feita (CZERMAK, 2007, p. 02).

Designar a linguagem como “primeiro instrumento metodológico” parece demonstrar que o discurso é imprescindível no que concerne à clínica, pois não só funda o campo, como permite que algo ali elaborado seja partilhado com os que nele tomam lugar. Para Czermak (2007, p.2) é necessário que seja construído um “discurso que nos seja comum” e que todos consintam em submeter-se a ele, pois, sem isso, o campo já não se sustenta. O ensino e a transmissão só são possíveis em virtude desse trabalho de produção discursiva. Sem isso, o campo fica ameaçado, porque se dissolvem as fronteiras diante das quais pode ser localizado o lugar daquele que se pronuncia: de onde provém essa fala?

Outro ponto que precisa ser abordado se remete ao aspecto formal. Ou seja, ter como instrumento metodológico primordial a linguagem, não quer dizer que a atuação de um clínico deva se dar em função de encontrar um sentido, dado *a priori*, que precisa ser revelado. Antes, consiste em suspender a pretensão de que um sentido qualquer compareça para que se possa atentar à formalidade. É preciso lembrar que Czermak (2007, p.3-5) discutiu como, na clínica, pode ser “apanhado um fato clínico”, assim, ele asseverou que é necessário “[...] estabelecer as características formais [...] de modo a poder apreciar não o sentido, mas a significação”, e mais adiante, arremata: “Lacan dizia que o sentido é a religião”.

Assim, foram destacados outros aspectos acerca da função do discurso, que

para além do ato político (tal como analisado por Foucault), se detiveram eminentemente na função da discursividade enquanto operação que institui o campo, estipulando as delimitações que o configuram. Buscou-se demonstrar que sem a elaboração de um discurso que seja partilhado entre os que estão inseridos em um dado campo – “discurso comum a todos” (CZERMAK, 2007, p.3) - não há como sustentá-lo, pois, sem discurso não há ensino, não há transmissão, não há meios de se determinar aquilo que Czermak chamou de “fato clínico”. Sem linguagem não há, em suma, possibilidade de operar na clínica.

O debate que foi delineado nesse capítulo teve como temática primordial a análise dos efeitos da inscrição da medicina no campo da ciência. A questão que moveu essa escrita consistiu em interrogar que transformações ocorreram na clínica a partir do momento em que a medicina passou a se movimentar em direção à ciência. Sem dúvidas, a adoção, por parte da medicina, dos pressupostos científicos produziu efeitos muito importantes. Colocou-se, a partir de então, um dilema eminentemente epistemológico. Afinal, onde está situada a medicina: na ciência ou na arte?

Para levar adiante esta proposta, foi feito todo um percurso que contemplou uma abordagem histórica do problema apresentado, o que significa levar em conta as fissuras, rupturas e estranhamentos que compõem o processo de modificação ante o qual a medicina teve de se posicionar. Por outro lado, foi necessário estudar também o advento da Ciência no mundo moderno, considerando seus produtos e seu modo de operar. Como pode ser visto, a participação de Foucault e Canguilhem veio abordar o viés histórico-epistemológico dessa trajetória entrecortada da medicina, tendo como elemento de destaque o aspecto político. Viu-se que o discurso tem lugar privilegiado neste cenário.

No que concerne ao advento da Ciência e o sujeito que daí advém, Lacan, primeiramente, forneceu as bases para se pensar a respeito do lugar que é destinado ao sujeito em um discurso sobre a doença (fundante da medicina). Enquanto Foucault afirma que o sujeito ocupará o lugar de objeto, Lacan, sem contradizê-lo, atesta o sujeito como efeito da Ciência – o que abre espaço para

se pensar, em termos psicanalíticos, de outra operação: a forclusão do sujeito. Lebrun, Costa-Moura e Fernandes foram os interlocutores que permitiram examinar mais detidamente essa peculiaridade apontada por Lacan.

Depois de abordar esses pontos, foi preciso avançar, estipulando para este segundo momento da escrita o propósito de analisar a construção da psiquiatria como campo em que a loucura aparece como objeto de seu discurso. Mais uma vez, Foucault é o autor escolhido para fundamentar uma análise em torno do processo histórico em que a loucura ganha contornos psicológicos que, uma vez naturalizados pelo poder moral de que foram investidos os psiquiatras, resultam no seu isolamento. A culminância é a busca pelo reajuste do 'alienado', tido como um incapaz de falar de si, ou por si mesmo.

Por fim, outros recortes foram feitos, e a partir de Czermak e Tenório foi pensado o discurso em outra perspectiva, que dá à palavra um estatuto para além do ato político. O discurso não só funda o campo da clínica, como também o sustenta na medida em que não se pode abrir mão de uma operação discursiva nos processos fundamentais de delimitação de seus contornos, estabelecimento de seus eventos significantes ("fato clínico"), transmissão e ensino da linguagem que assegura a preservação das fronteiras que demarcam o campo da clínica.

Para encerrar, uma última citação de Czermak que se remete ao contexto da psiquiatria no século XIX:

[...] é preciso lembrar que esses psiquiatras, eles tinham nas mãos os casos que quisessem, numa época em que a clínica ainda não estava anestesiada pelos medicamentos e pelos neurolépticos, então, eles tinham a sua disposição um material considerável (CZERMAK, 2007, p.7).

A partir desta lembrança oportuna vislumbra-se uma nova abertura, através da qual se pode interrogar: que lógica atravessa a clínica contemporânea? Nesse contexto, marcado pelos pressupostos científicos, fala-se do conceito de sintoma? Que outros elementos articulam a produção discursiva no contexto histórico após a Segunda Guerra Mundial? São essas questões a serem examinadas nas páginas seguintes

2 UMA CLÍNICA ANESTESIADA

A observação de Czermak (2007) que encerra o capítulo anterior, chama atenção para uma diferença entre a clínica psiquiátrica situada na passagem do século XIX para o XX e a atual. Czermak afirma que os grandes psiquiatras tinham acesso “aos casos que quisessem”, assinalando que hoje o uso de medicamentos dificulta esse trabalho e, de modo inesperado, diz que a *clínica* “ainda não estava anestesiada”. Partiremos dessa afirmação, que sinaliza uma mudança na clínica e nas condições em que se apresentam os casos atualmente, para analisar os efeitos da introdução de novos recursos neste campo. Relacionaremos tais efeitos a eventos históricos importantes: as duas grandes guerras, que se desenrolaram em decorrência da modificação de nossa relação com a linguagem a partir do advento da ciência moderna.

Além disso, proporemos avançar nesse capítulo a discussão em torno dos efeitos da incursão da medicina no campo da ciência, avaliando como a psiquiatria fundamentada nos pressupostos do DSM, posiciona-se ante os impasses com os quais se defronta, e como o conceito de sintoma é delimitado nesta configuração lógica. De que modo a aproximação da medicina, posteriormente da psiquiatria, com a ciência intervém na clínica? O conceito de sintoma, enquanto elemento que viabiliza e sustenta o ato de diagnóstico, sofre algum efeito desta incursão em direção à ciência?

Por tratar-se de um conceito fundamental para a clínica, a noção de sintoma permite analisar o modo como a adoção de um discurso científico opera sobre o sujeito. Assim, o sintoma pode ser considerado como produção subjetiva em que o desejo está colocado; sendo, portanto, efeito de uma questão. Ou, de modo contrário, o sintoma pode ser tomado como a causa de uma doença -, o agente que provoca o sofrimento -, devendo ser eliminado. As consequências éticas de tais posicionamentos precisam ser consideradas. É o que faremos a partir da psicanálise.

2.1 O MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS

Uma análise histórica, empreendida por Pimenta e Ferreira (2003), propõe que o sintoma está relacionado à noção de doença. Afinal, é possível haver sintoma sem doença? Esses autores afirmam que a semiologia - entendida como “ciência geral dos signos” – é o fundamento do método clínico, em que o estudo dos sinais e sintomas de uma doença torna possível estabelecer um diagnóstico. Mas, perguntamos, qual é a diferença entre “sinal” e “sintoma”? Em relação a essa diferença,

Os sinais são manifestações objetivas das doenças e podem ser detectados por diversos meios. Já os sintomas são os distúrbios subjetivos relatados pelo paciente – incômodos, dor – dos quais o médico toma conhecimento sobretudo através da anamnese. [...] O sintoma na medicina tem sentido diferente daquele de outros campos do conhecimento como a psicanálise. Na medicina, o sintoma é dotado de sentido, mas compete ao médico dar a sua significação, deve ser decifrado, portanto, como sendo ou não sinal de uma doença. Na psicanálise, o sintoma também é dotado de sentido, mas a clínica psicanalítica, tomando-o em outra dimensão, exigiu a sua redefinição. O sintoma na psicanálise, em diferença com a medicina, não se refere a algo detectável no organismo e que permite elaborar o diagnóstico de uma doença médica. O sentido do sintoma na psicanálise, como sintoma neurótico, leva ao sujeito do inconsciente (PIMENTA; FERREIRA, 2003, p. 222).

Vemos aqui que o sintoma porta algo de *subjetivo*, mesmo na medicina, e que o meio pelo qual o médico pode acessá-lo é pela anamnese. Ou seja: pela fala, uma vez que o sintoma só pode ser considerado a partir de uma fala dirigida ao médico. Além disso, notamos que, para Pimenta e Ferreira, o sintoma - tanto na medicina quanto na psicanálise - é dotado de sentido. No primeiro caso, o sentido se remete a uma doença de base orgânica, enquanto que para a psicanálise, o sintoma diz de um sofrimento psíquico, que o sujeito experimenta e que não necessariamente corresponde a uma lesão biológica.

Outro aspecto relevante percebido na citação é que, na medicina, cabe ao médico construir uma significação do sintoma, atribuindo-lhe ou não relação com uma *doença*, para assim enunciar um diagnóstico. Dessa forma, vemos que na medicina a palavra exerce uma função capital na delimitação do sintoma: o sintoma advém de uma fala que o paciente dirige ao médico. Ele,

por sua vez, faz uma investigação sobre seu sentido, constrói um significado para o que lhe foi relatado e atribui um valor para tal sintoma em sua relação com a doença. Note-se que, nessa direção, o sintoma é radicalmente diferente do sinal, cuja verificação ocorre por outros meios e que possui um caráter objetivo. Não podemos perder de vista que o sintoma, conforme a medicina o entende, sempre apontará para um indício de doença de base biológica: uma alteração anatômica, fisiológica, uma lesão, etc.

Tendo em vista que para a medicina o sintoma se remete a um problema de fundo orgânico, nos perguntamos como essa premissa se sustenta na psiquiatria, uma vez que as questões colocadas pelo sofrimento psíquico não encontram correspondentes biológicos, segundo Calazans e Lustoza (2012) e Caponi (2014). Voltaremos a este assunto mais adiante. Por ora, perguntamos como essa relação entre sinal, sintoma e doença comparece na psicopatologia. Em outras palavras, como a psiquiatria lida com o sofrimento psíquico expresso no sintoma - que caracteriza uma patologia - ante a ausência de lesões biológicas ou de alterações fisiológicas?

Nessa direção, Dunker e Kyrillos Neto (2011, p.2) definem a psicopatologia enquanto “experiência clínica e discurso de *pathos*, constituída em fins do século XIX, principalmente na França e na Alemanha”, e que foi caracterizada como “disciplina híbrida” para qual a psicologia, a psiquiatria e a psicanálise colaboraram. Esses autores afirmam que houve a existência de um “sistema de trocas entre psicanálise e psiquiatria, terreno no qual a psicopatologia prosperou” (*ibid.*, p.02) e que se manteve operante até a Segunda Guerra Mundial. Essa é uma informação importante, que contém dois aspectos que precisam ser destacados: a existência de um sistema de trocas entre diferentes saberes e o fato desse sistema ter se mantido até a Segunda Guerra Mundial. Por que até esse período? Que mudanças foram introduzidas com a guerra?

Para chegarmos ao cerne dessas questões, é necessário examinar como tais mudanças se organizaram e de que forma os pressupostos que as sustentam foram inseridos no campo da clínica. Para isso, nos dirigiremos agora ao instrumento que propaga um discurso específico no campo da psiquiatria, cujos efeitos podem estar relacionados a esta interrupção do sistema de partilhas e

trocas conceituais ao qual se referiram Dunker e Kyrillos Neto (2011). Trata-se do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM, publicado pela American Psychiatric Association – APA, que consiste em “uma classificação de transtornos mentais e critérios associados elaborada para facilitar o estabelecimento de diagnósticos mais confiáveis desses transtornos” (APA, 2014,p.XII).

Segundo Dunker e Kyrillos Neto (2011), a primeira versão do manual foi publicada em 1952 e sofreu sucessivas revisões, que resultaram nas versões de 1968, 1980, 1987, 1994, 2000 e 2013. Os autores envolvidos na produção do manual afirmam, na Introdução do DSM-5, que há uma prévia do documento que remonta à primeira metade do século XIX: “a APA publicou pela primeira vez um antecessor do DSM em 1844, uma classificação estatística de pacientes mentais institucionalizados” (APA, 2014, p. 6). De forma que as atualizações feitas no manual buscam responder à necessidade de acompanhar um processo de evolução da “ciência dos transtornos mentais” através da reunião de pesquisadores de diversas áreas. Segundo o texto do DSM-5:

Embora o DSM tenha sido um marco do progresso substancial no que diz respeito à confiabilidade, tanto a American Psychiatric Association (APA) quanto a vasta comunidade científica que trabalha com transtornos mentais reconhecem que, anteriormente, a ciência não estava madura o suficiente para produzir diagnósticos plenamente válidos – ou seja, proporcionar validadores científicos consistentes, sólidos e objetivos para cada transtorno do DSM. A ciência dos transtornos mentais continua a evoluir. Contudo, as duas últimas décadas desde o lançamento do DSM-IV testemunharam um progresso real e duradouro em áreas como neurociência cognitiva, neuroimagem, epidemiologia e genética (APA, 2014, p.5).

Como se pode observar, o DSM-5 evidencia uma preocupação com o diagnóstico que, segundo a passagem supracitada, deve ser fundamentado em critérios “sólidos e objetivos” e, por essa via, ser considerado “plenamente válido”. A esse respeito, Dunker (2012, p.37) diz sobre a importância do diagnóstico em psicanálise, afirmando que, diferente do que parece ocorrer na medicina, “o diagnóstico é uma função do discurso que se pratica. Eles são significantes mestres que o discurso do psicanalista ajuda a produzir”. Para Dunker, o analista sustenta uma escuta que dá lugar ao que o analisante traz como diagnóstico, atestando que:

Algumas vezes, todo o trabalho clínico passa pela desconstrução de um diagnóstico: educacional, familiar, trabalhista, médico, estético. Há também a perspectiva na qual o diagnóstico é marca ou significativo que lhe aparece a partir do Outro, ou ainda, que ele vem a descobrir ou criar no interior da experiência analítica, como uma nomeação própria. Diríamos que, para Lacan, o diagnóstico é uma nomeação que falta ao sintoma para que ele se conclua na relação de transferência. O diagnóstico designa uma posição na qual o sujeito é identificado (imaginariamente), por meio de um ato (real) de reconhecimento de um lugar (simbólico). [...] Muitas vezes, o nome do sintoma virá quando ele não é mais necessário, como o título que se espera dado a uma pintura concluída (DUNKER, 2012, p.35-36).

Outro elemento que pode ser extraído do DSM é o emprego de novas tecnologias – de neuroimagem, por exemplo – e a referência de áreas atualmente ligadas à medicina, tais como a neurologia e a genética. A epidemiologia, por sua vez, dá notícias da adoção de pressupostos matemáticos e estatísticos que passam a ser aplicados ao estudo do sofrimento psíquico. Na sequência do que afirmamos no primeiro capítulo, a partir da leitura de Costa-Moura e Fernandes (2009), esse movimento parece ser coerente com as mudanças operadas na relação do homem com a linguagem, processo desencadeado pela ciência e denominado pelos autores de “matematização do real”. Dessa forma, a psiquiatria dá seus passos em direção à elaboração de um projeto científico, com vistas a legitimar-se enquanto tal. Para tanto, a APA declara que:

O DSM tem sido utilizado por clínicos e pesquisadores de diferentes orientações (biológica, psicodinâmica, cognitiva, comportamental, interpessoal, familiar/sistêmica) que buscam uma *linguagem comum* para comunicar as características essenciais dos transtornos mentais apresentados por seus pacientes. Os critérios são concisos e claros, e sua intenção é facilitar uma avaliação objetiva das apresentações de sintomas em diversos contextos clínicos – internação, ambulatório, hospital-dia, consultoria (interconsulta), clínica, consultório particular e atenção primária –, bem como em estudos epidemiológicos de base comunitária sobre transtornos mentais. O DSM-5 também é um instrumento para a coleta e a comunicação precisa de estatísticas de saúde pública sobre as taxas de morbidade e mortalidade dos transtornos mentais (APA, 2014, p. XII, grifo nosso).

Na mesma direção, vejamos outro fragmento do DSM que, ao descrever o conjunto de sintomas presentes na sigla para Transtorno do Estresse Pós-traumático, acaba propriamente por eliminar o que eles denominam de “reação subjetiva”:

Os critérios do DSM-5 para **TEPT** diferem significativamente dos critérios do DSM-IV. O critério do estressor (Critério A) é mais explícito no que se refere aos eventos que se qualificam como experiências “traumáticas”. Além disso, o Critério A2 do DSM-IV (*reação subjetiva*) foi *eliminado* (APA, 2014, p.812, grifo nosso).

Fazendo uma revisão em artigos publicados por autores como Resende e Calazans (2013) e Caponi (2014), notamos que a interrupção desse sistema de partilhas entre a psiquiatria e a psicanálise integra um empreendimento que visa apagar as ambiguidades e impasses que marcam o campo da clínica. É o que a citação acima deixa evidente ao afirmar que pesquisadores de variadas formações pretendem estabelecer uma “linguagem comum” para viabilizar uma “avaliação objetiva da apresentação do sintoma”, ainda que o preço a ser pago seja a eliminação da “reação subjetiva”.

Segundo Resende e Calazans (2013), o que surge com o DSM é uma tentativa de empreender a legitimação da psiquiatria através de sua adequação aos critérios da medicina clínica. Esses autores constataam a ausência do “par diagnóstico neurose – psicose”, tanto no DSM, quanto na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10 –, publicada pela Organização Mundial de Saúde), e concluem que isso se dá em decorrência das aspirações científicas da psiquiatria, a qual a psicanálise não se enquadra. É nessa direção que ocorre o processo de desconstrução do sistema de partilha entre os diferentes saberes que integram a psicopatologia, campo no qual havia, entre outras coisas, “importações conceituais” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011). O que lança questões sobre o modo como o sofrimento psíquico tem sido tratado atualmente e as implicações dessa nova configuração para a clínica, psicopatologia, e, por conseguinte, para o lugar do sujeito.

Segundo Caponi (2014, p.746) a psiquiatria nutre a “esperança ingênua na possibilidade de identificar (...) nossos sofrimentos em alterações cerebrais específicas detectados pela mediação de marcadores genéticos”. Por sua vez, Calazans e Lustoza (2012) afirmam que está em curso uma tentativa de adequar a psiquiatria à metodologia da medicina baseada em evidências (em que “evidências” equivale a “provas”), com o intuito de torná-la objetiva, ao

molde “científico”.

Para estes autores, tal empreendimento tem sérias implicações para o campo da clínica, pois a clínica do sofrimento psíquico não é passível de se adequar ao formato da medicina organicista, justamente por não haver marcadores biológicos no que tange à subjetividade. Isso resulta, segundo Calazans e Lustoza (2012, p.19), em equívocos epistemológicos, pois, uma vez adotados como referências os postulados da medicina baseada em evidências, a psicopatologia surge como um campo “que não é científico, mas que deveria sê-lo”. Assim, deixa de ser a disciplina pela qual as diversas formas clínicas da psicose são descritas segundo a coerência lógica em que o sujeito declina.

Além disso, sabemos que o DSM recorre aos cálculos estatísticos para validar os critérios que elege com o objetivo de definir os diagnósticos, o que coloca outro problema: o de saber se tais cálculos bastam para garantir uma “boa práxis clínica” (CALAZANS; LUSTOZA, 2012, p. 23). Então, indagamos se, dentre as consequências desse movimento não estaria também uma ruptura com a psiquiatria anterior ao século XX, realizada através de uma desorganização do discurso que delimita a psiquiatria enquanto campo. O emprego de cálculos e recursos tecnológicos (tais como exames de diagnóstico por imagem) pode indicar um distanciamento da psiquiatria do século XIX? Se Caponi (2014, p.752) nos informa que estamos diante de um franco processo de medicalização do sofrimento psíquico, no qual o julgamento do especialista é substituído por um “arsenal quantitativo”, não estaria em curso um radical apagamento diante do qual não fica lugar para a palavra, nem sequer daquela que era proferida por quem antes foi considerado como detentor de um saber?

Dirigindo-nos agora à clínica psicanalítica, a partir da afirmação de Calazans e Lustoza (2012, p.25) de que essa é uma clínica em que comparecem, não só a “singularidade do caso, mas também a irreduzível singularidade do analista ou daquele que conduz o tratamento (...) a responsabilidade do analista está ligada ao reconhecimento do seu poder e às origens desse poder”, constatamos que a transferência é elemento crucial para o tratamento. Assim, perguntamos: que efeitos decorrem da adoção sistemática de pressupostos de objetividade, neutralidade e imparcialidade expressos no ideal de eliminação de

qualquer impasse ou ambiguidade, em que são estritamente evitadas filiações teóricas?

Essas considerações são importantes para a apreensão do movimento de medicalização do sofrimento psíquico desencadeado pelo DSM, já que buscamos delimitar os pilares lógicos sob os quais tal manual foi erigido. A complexidade da questão aumenta ao atentarmos para o fato apontado por Resende e Calazans (2013) de que o DSM se pressupõe apartado da história, ateuico, livre de qualquer influência ideológica e politicamente imparcial, embora seja fruto do trabalho de um grupo de pesquisadores que determinam convenções acerca dos critérios de diagnóstico, empregando “um argumento de autoridade” que não se reconhece como tal. Em outras palavras, a questão que se coloca é se, na pretensão do DSM de se afirmar neutro, imparcial e livre de impasses (RESENDE; CALAZANS, 2013), não opera o mesmo discurso da lógica do internamento (FOUCAULT, 1978), delimitada no capítulo anterior, cujo efeito mais grave consiste na elisão do lugar do sujeito.

Além disso, outra questão pode ser colocada a partir de uma discussão proposta por Tucker (1998) no Editorial do *American Journal of Psychiatry*. No texto, cujo título sugere uma avaliação das práticas lançadas pelo DSM – “*Putting DSM-IV on perspective*”⁸ - o autor indaga se, ao adotar os critérios que esse manual recomenda, o processo de diagnóstico nele fundamentado, não acaba por colocar em cheque a própria psiquiatria. Assim,

O explícito e compreensível critério do DSM-III e de seus sucessores tem sido muito usado na educação dos pacientes. [...] De fato, o novo processo de diagnóstico do DSM tem dominado a pesquisa, o ensino e a contemporânea prática clínica da psiquiatria. O diagnóstico do DSM quase se tornou uma coisa em si mesma – uma certeza de dimensões “concretas”. O diagnóstico do DSM tornou-se o principal objetivo da prática clínica. O DSM-IV, como “alegado”, é mais baseado em dados, tem assumido a aura de permitir a psiquiatria manter-se em paz com o resto da medicina como um “trunfo da tecnologia”; mas nosso corrente processo de diagnóstico e zelo talvez esteja também arruinando a essência da psiquiatria. É hora de olhar o que nós temos forjado e fazer algumas correções intermediárias (TUCKER, 1998, p. 159, tradução livre)

8

Todas as citações referentes a este texto resultam de traduções livres.

Tais considerações podem nos levar a pensar os motivos do sistema de diagnóstico, inaugurado pelo DSM, ser uma ameaça à “essência da psiquiatria”. O que aparece na sequência do texto é que há uma perda: a “história dos pacientes”. Tucker (1998, p.160, tradução nossa) acaba por concluir que, no caso do diagnóstico aos moldes do DSM, o que tem sido tratado é “geralmente o diagnóstico, não o paciente” e arremata: “(...) o estudo da psicopatologia quase não existe mais (...) e o estrito foco no diagnóstico tem tornado a psiquiatria chata”. Por outro lado, ao constatar que os estudos que ancoram o sistema DSM falham porque não deram respostas e esclarecimentos quanto ao aspecto etiológico, Tucker (1998) ainda expressa o que parece ser um desejo por um achado biológico, um agente etiológico que possa ser a causa do sofrimento psíquico. Assim, ele lamenta que:

Toda esta aparente precisão encobre o fato de que, até agora, nós não temos identificado os agentes etiológicos para desordens⁹ psiquiátricas. [...] em psiquiatria, não importa quão cientificamente e rigidamente nós usemos as escalas para estimar os sintomas patológicos do paciente, nós ainda estaremos fazendo reconhecimento de padrões. Nós ainda estaremos fazendo um diagnóstico empírico e não um diagnóstico etiológico (dedutivo) baseado em disrupções de estrutura ou função (TUCKER, 1998, p. 159, tradução livre).

Essa afirmação parece corroborar à análise de que a psiquiatria nutre o desejo de tornar-se científica. De qualquer modo, é interessante a observação de que o sistema DSM aniquila a própria psiquiatria ao tirar de cena a história dos pacientes. Pois, ao reduzir a clínica a um “reconhecimento de padrões”, o clínico restringe-se a verificar se os sintomas preenchem, ou não, os critérios para fechar um diagnóstico qualquer, a partir do qual será indicado um tratamento, que geralmente consiste na prescrição de uma determinada droga em associação a uma psicoterapia X. Em contrapartida, não poderíamos estar diante de outro movimento?

Sem negar que há um projeto a partir do qual a psiquiatria pretende se afirmar como ciência, há uma questão fundamental sobre o abandono do termo “doença” pelo DSM. Vimos com Pimenta e Ferreira (2003) que o conceito de

⁹ No original: “All of this apparent precision overlooks the fact that as yet, we have no identified etiological agents for psychiatric disorders” (TUCKER, 1998, p. 159). Traduzimos “disorders” por “desordem” porque este termo deixa mais evidente o processo de normatização, de manutenção de uma ordem socialmente aceitável, como descrito por Foucault (1978).

sintoma ganha valor na relação com a noção de doença, uma vez que o médico deverá ler o sintoma como sendo, ou não, signo de uma doença. Ora, como podemos ler em Pereira (2009a), a psicopatologia não deve ser subscrita apenas à medicina, pois não se trata de uma disciplina médica, mas sim, de uma “encruzilhada onde se reúnem disciplinas provindas dos mais diversos horizontes metodológicos e epistemológicos em torno das condições de sofrimento mental” (PEREIRA, 2009a, p.01). Além disso, Stanghellini e Broome (2014, p.169, tradução nossa) afirmam que a psicopatologia, como “disciplina que avalia e dá sentido à subjetividade humana anormal, deveria estar no cerne da psiquiatria” e que a própria psiquiatria é uma “disciplina heterogênea”. No entanto, é justamente através do apagamento do caráter multidisciplinar da psicopatologia, que tal ordenamento discursivo vem promovendo mudanças significativas na clínica.

Destaca-se também o abandono do termo “doença” para “transtorno” nos DSMs (RESENDE; CALAZANS, 2013). Ora, se como vimos, o sintoma na medicina adquire seu valor na relação com a doença, o abandono da noção de doença pelo DSM e sua substituição pela ideia de transtorno coloca a questão: é possível falar em sintoma no DSM? Além disso, ao se definir como “ciência dos transtornos mentais” (APA, 2014), e abdicar das práticas em que narrativas colocam o clínico a par da história do paciente, onde o “estudo da psicopatologia quase não existe mais” (TUCKER, 1998), a prática aparada no DSM ainda se situa no campo da psiquiatria? Ou estamos diante de uma fusão de disciplinas como a biologia, a genética, a neurologia, a química, a psicologia? Em suma, essa operação, ao promover o apagamento das fronteiras epistemológicas, resultaria na dita “ciência dos transtornos mentais” ou neurociências?

Voltemos à afirmação de Tucker (1998) de que o processo de diagnóstico ancorado no DSM coloca em cheque a própria psiquiatria. Tucker diz isso para se referir ao fato de que, atualmente, o acompanhamento clínico já não se constitui a partir de um trabalho que tem como ponto de partida a história do paciente e que é o diagnóstico em si mesmo que fica em primeiro plano, em detrimento do paciente. Em outra passagem de seu artigo podemos ler:

Em algum lugar, a história do paciente ficou perdida. O que estava sendo tratado era o diagnóstico e não o paciente. O que aconteceu aqui? Estes não eram clínicos incompetentes. No entanto, ficou claro que em nossa prática psiquiátrica contemporânea, a história do paciente e o modo como os pacientes estão funcionando não são mais necessários para o processo diagnóstico. Neste caso, os sintomas foram buscados, mas não os antecedentes ou consequências destes sintomas (TUCKER, 1998, p.160, tradução livre do inglês).

Na quinta edição do DSM, sua versão mais recente, encontramos uma afirmação que precisa ser analisada. Os autores dizem que:

O diagnóstico de transtorno mental deve ter utilidade clínica: deve ajudar os clínicos a determinar o prognóstico, os planos de tratamento e os possíveis resultados do tratamento para seus pacientes. Contudo, o diagnóstico de um transtorno mental não é equivalente à necessidade de tratamento. [...] Os critérios diagnósticos são oferecidos como diretrizes para a realização de diagnósticos, e seu uso deve se basear no julgamento clínico. As descrições, incluindo seções de introdução de cada capítulo diagnóstico, podem ajudar a dar respaldo ao diagnóstico [...]. Cabe, ainda, atestar que o DSM-5 não fornece diretrizes de tratamento para nenhum tipo de transtorno (APA, 2014, p. 20, 21 e 25).

Nessa passagem, parece haver uma contradição. Inicialmente, o diagnóstico deve auxiliar na determinação de planos de tratamento, também é dito que o mesmo ato diagnóstico, que identifica um transtorno, pode levar à constatação de que não há necessidade de tratamento e, por fim, culmina na ideia de que o DSM-5 é isento quanto às “diretrizes de tratamento”, eximindo-se, portanto, da responsabilidade de orientar o clínico quanto à escolha de tratamento. Diante disso, outras questões podem ser colocadas: qual a função do diagnóstico (já que sua função não é subsidiar decisões clínicas concernentes ao tratamento)? Haverá tratamento? Se sim, que direção será tomada? Se o diagnóstico, segundo o DSM-5, “deve ter utilidade clínica”, talvez fosse pertinente indagar quem deveria se beneficiar dessa premissa: o clínico ou o paciente?

Ao propor a realização de uma crítica da razão diagnóstica, Dunker (2012) indica que o ato diagnóstico está calcado em algumas operações fundamentais. São elas: o reconhecimento dos signos da doença de forma regular através de uma hermenêutica (semiologia), e o tratamento (ou intervenção) orientado por “uma teoria das causas que confere ao diagnóstico uma dimensão etiológica” (DUNKER, 2012, p. 33-34). Assim, a semiologia,

uma *práxis* clínica com propósito terapêutico e a etiologia são elementos que estruturam o diagnóstico. Esse autor conclui que:

Diagnóstico desligado de uma reflexão semiológica é apenas descrição sem narrativa. Diagnóstico sem intervenção é apenas classificação sem ordenamento. Diagnóstico desprovido de etiologia é apenas redescricao sem finalidade. A razão diagnóstica depende, portanto, do funcionamento articulado dessas categorias como pressuposições dos atos clínicos [...]. O primeiro passo para uma crítica da razão diagnóstica, em homologia com a crítica da razão inspirada em Kant, é definir o que caracterizaria uma ultrapassagem do campo diagnóstico. Nossa tese é que essa desmesura ocorre em duas circunstâncias: quando a razão diagnóstica se autonomiza e se desliga de seus condicionantes estruturais acima enunciados, ou quando a razão diagnóstica corrompe ou dilacera a historicidade de suas próprias caracterizações em função de interesses ou fins que lhe seriam estranhos. Quando se fala em diagnóstico em psicanálise, em psiquiatria ou em psicologia, esse solo comum de historicidade é conhecido como psicopatologia. Desconhecer que a clínica se desenvolve em um sistema de transmissão, que acumula saberes e experiências, e que esse sistema, mesmo que se reordene por rupturas práticas, cortes epistemológicos e reconfigurações disciplinares, é uma condição de possibilidade da razão diagnóstica, significa recusar o conceito mesmo de clínica. Se a clínica sem diagnóstico é cega, o diagnóstico sem clínica é vazio (DUNKER, 2012, p. 33-34).

Nesse sentido, partindo de Tucker (1998), Resende e Calazans (2013), Dunker (2012), Caponi (2014), Stanghellini e Broome (2014), prosseguiremos a análise da questão acerca do que iremos chamar de “aniquilamento” da psiquiatria. Ao nos atentarmos para o fato de que a lógica do DSM promove o rompimento com os fundamentos da clínica – que são: o abandono da história do paciente e dos estudos psicopatológicos, em nome de uma hegemonia do diagnóstico de um transtorno; o desuso da noção de doença (o que compromete o emprego do conceito de sintoma); do propósito de tratamento e da etiologia – podemos afirmar que esse manual se sustenta no discurso da psiquiatria?

A busca por uma etiologia centrada no marcador biológico não consiste, ela mesma, em uma inviabilização de qualquer possibilidade de operar com a etiologia, já que exclui de antemão uma etiologia não biológica? Se não há marcador biológico para o sofrimento psíquico e o DSM recusa qualquer outra explicação etiológica – a sexual, por exemplo – então há que se conformar com um “diagnóstico vazio”, conforme afirmou Dunker (2012)?

Como vimos com Lacan (2001), a medicina sempre recorreu às doutrinas, e isso não bastou para que ela se tornasse científica. Mas, sempre houve filiação

teórica. No DSM, vemos o oposto disso: ele se pressupõe *ateórico*. Com isso, queremos dizer que, ainda que a medicina tenha tido suas pretensões científicas há tempos, buscando inscrever-se no campo científico, em um passado recente, fazia isso professando uma doutrina, fazendo referência à palavra. Como por exemplo, conceituar o sintoma como aquilo que aparecia na *fala do doente* dirigida ao médico, considerar as narrativas sobre a história de vida dos pacientes, e participar de um sistema de trocas conceituais que fazia dela um terreno híbrido. Já o DSM faz outra coisa ao abdicar da palavra para não ter de lidar com os impasses: interrompe as trocas conceituais e opta pela desfiliação teórica e pela destituição dos marcos epistemológicos que delimitam as fronteiras entre cada saber, como também pela quantificação epidemiológica que visa tornar objetivo o que é do campo do sujeito.

Com isso, é possível afirmar uma diferença entre a psiquiatria praticada no século XIX e a lógica do DSM? A complexidade dessa questão requer que façamos considerações sobre a história política e econômica do ocidente no final do século XIX e início do século XX, período em que houve a formulação e a implantação do sistema DSM e de uma lógica própria de diagnóstico com outra finalidade – não terapêutica, mas mercadológica. Embora essa pesquisa não seja um estudo historiográfico, iremos recorrer ao trabalho de um historiador, porque ele pode nos auxiliar na análise desse processo de produção de uma “ciência do transtorno mental”, que se afirma neutra, apolítica e sem filiação teórica, como apontou Resende e Calazans (2013).

2.2 UM POUCO DE HISTÓRIA: A GUERRA TOTAL E O DSM

A partir da noção de sujeito como efeito do advento da ciência, realizado por Lacan (1998a), e da afirmação de Costa-Moura e Fernandes (2009) - de que as operações lógico-matemáticas franqueadas pela ciência produziram uma modificação na relação com a linguagem - examinaremos a relação entre a constituição do DSM e a Segunda Guerra Mundial, momento em que houve a interrupção no sistema de partilhas conceituais assinalado por Dunker e Kyrillos Neto (2011). Esses argumentos foram apresentados no primeiro

capítulo, e o que faremos agora é uma análise do que percebemos como efeito dessas mudanças na relação do sujeito com a linguagem. Sustentando a tese de que a barbárie da Segunda Guerra emerge como produto do apagamento da dissimetria presente na linguagem e da função exercida pela palavra no ordenamento do laço social (COSTA-MOURA; FERNANDES, 2009), examinaremos a relação da Segunda Guerra com a emergência do DSM.

Além disso, apresentaremos algumas diferenças entre uma psiquiatria que, na falta de um termo mais adequado, será chamada de “clássica” – que situamos no período que tem como marco o ato de Pinel libertando os loucos, no contexto da Revolução Francesa¹⁰ (portanto no início do que se convencionou chamar de Idade Contemporânea) e que perdura até a primeira metade do século XX. Após o fim da Segunda Guerra em 1945, Dunker e Kyrillos (2011) afirmam que houve a interrupção do sistema de trocas e partilhas conceituais entre psiquiatria, psicanálise e psicologia no terreno da psicopatologia. Essa interrupção foi simultânea a uma acentuação do apagamento das fronteiras epistemológicas (entre tais campos) e da crescente hegemonia da “ciência dos transtornos mentais” sobre os saberes que sustentavam uma historicidade comum. Será que a chamada “ciência dos transtornos mentais” difere da psiquiatria que se fundamentava no que Lacan (2001) chamou de “doutrina” e que foi praticada do final do século XVIII até a segunda metade do século XX? Perguntamos: o que vem a seguir é a psiquiatria?

Para fundamentar nossa análise, iremos recorrer ao historiador Eric Hobsbawm e seu estudo sobre o Século XX, um século que ele chamou de “breve” e que foi também, em sua opinião, marcado por experiências extremas. Em um dos seus mais importantes trabalhos, “Era dos Extremos: o breve século XX, 1914-1991” (1995), ele apresentou uma série de comentários feitos por pessoas, das mais diversas áreas, a respeito de como elas viam o século XX. Dentre elas está Severo Ochoa, ganhador do Prêmio Nobel de Medicina (1959) por suas pesquisas sobre o RNA (sua pesquisa sobre a decodificação do ácido nucléico

¹⁰ Tenorio (2012) afirma que a psiquiatria surge “nos desdobramentos da Revolução Francesa para realizar uma função social precisa, ligada ao agenciamento social (...)” (p. 24). Daí o recorte que fizemos ter como marco a libertação dos loucos efetuada por Pinel e descrita em Foucault (1963/1978).

foi pioneira)¹¹, para quem “o mais fundamental é o progresso da ciência, que tem sido realmente extraordinário [...] Eis o que caracteriza nosso século” (HOBBSAWM, 1995, p.11).

Além deste fenômeno – o aterrador progresso da ciência – Hobsbawm chama atenção para outra característica marcante na atualidade, que seria um processo intenso de fragilização de nossos laços com o passado, com as gerações que nos antecederam. Segundo o autor, no século XX:

A destruição do passado — ou melhor, dos mecanismos sociais que vinculam nossa experiência pessoal à das gerações passadas — é um dos fenômenos mais característicos e lúgubres do final do século XX. Quase todos os jovens de hoje crescem numa espécie de presente contínuo, sem qualquer relação orgânica com o passado público da época em que vivem. Por isso os historiadores, cujo ofício é lembrar o que outros esquecem, tornam-se mais importantes que nunca no fim do segundo milênio (HOBBSAWM, 1995, p. 11).

A relação entre esses fenômenos (o progresso da ciência, a instauração de uma operação lógica que prescinde da palavra e a fragilização dos laços entre as diferentes gerações) torna-se evidente se considerarmos que “[...] a ciência, se a examinarmos de perto, não tem memória” (1998a, p. 884). Sabemos também, pelo artigo de Resende e Calazans (2013), que o DSM busca empreender um apagamento da história – não só da história de vida e clínica dos doentes, mas também da própria história da psicopatologia, abdicando desse terreno comum para instituir um “marco zero”.

Vemos, pelo título que o Hobsbawm deu a seu livro, que na sua avaliação, o século XX nasce com a barbárie da guerra em 1914, e termina um pouco depois da queda do Muro de Berlim em 1991, fato que assinala o final da Guerra Fria. Que relação pode haver entre tais eventos políticos e as mudanças ocorridas no campo da clínica com a hegemonia dos manuais de psiquiatria?

Ao analisar essa questão, temos a impressão de que estamos diante de um arranjo histórico peculiar e específico. Através da adoção dos pressupostos científicos - empregados para dar legitimidade ao apagamento do lugar do sujeito no discurso que funda o DSM - instituiu-se na psiquiatria uma lógica que

¹¹ Informações disponíveis em <https://www.nobelprize.org/search/?query=ochoa>, acesso em 10/12/2017.

prescinde da palavra e dos pilares da psicopatologia (Dunker, 2012). É o que parece operar também na eliminação das fronteiras epistemológicas que delimitam o campo de cada saber, que compunha o sistema de trocas e que dava o caráter híbrido e plural à psicopatologia – um campo onde a diferença se fazia presente.

De fato, Hobsbawm (1995) pensa o breve século XX como produto de uma civilização ocidental, até então organizada em uma geopolítica centrada na Europa, forjada ao longo do século XIX com uma economia capitalista, uma sociedade predominantemente burguesa, liberal em sua estrutura legal; e que avançava a passos largos na ciência, nas artes e na indústria. A Primeira Guerra Mundial assinalou o fim dessa civilização, dando início ao que o historiador chamou de “Era da Catástrofe”, com duração até o final da Segunda Guerra Mundial (portanto, de 1914 a 1945). O ciclo que segue o colapso da civilização do século XIX foi chamado por Hobsbawm de “Era de Ouro”: um momento histórico importante, porque nele Dunker (2012) assinala a interrupção do sistema de partilhas e trocas conceituais entre a psiquiatria, a psicanálise e a psicologia; e que precede a publicação do primeiro DSM (em 1952, ou seja, sete anos após o fim da Segunda Guerra). Segundo a análise de Hobsbawm (1995, p.14), “a uma Era de Catástrofe, que se estendeu de 1914 até depois da Segunda Guerra Mundial, seguiram-se cerca de vinte e cinco ou trinta anos de extraordinário crescimento econômico e transformação social”, e é nesse contexto que surge o DSM.

Existem muitas implicações de se pensar em como uma era de prosperidade econômica e mudanças sociais pode ter resultado de um período de colapso e rupturas. Os anos que assinalaram o fim do século XIX foram descritos como aqueles em que essa civilização ocidental experimentou a mais viva tragédia, descrita como um período em que:

[...] ela foi de calamidade em calamidade. Ela foi abalada por duas guerras mundiais, seguidas por duas ondas de rebelião e revolução globais que levaram ao poder um sistema que se dizia a alternativa historicamente predestinada para a sociedade capitalista e burguesa e que foi adotado, primeiro, em um sexto da superfície da Terra, e, após a Segunda Guerra Mundial, por um terço da população do globo. Os imensos impérios coloniais erguidos durante a Era do Império foram abalados e ruíram em pó. [...] Mais ainda: uma crise econômica mundial de profundidade sem precedentes pôs de joelhos

até mesmo as economias capitalistas mais fortes e pareceu reverter a criação de uma economia mundial única, feito bastante notável do capitalismo liberal do século XIX. Mesmo os EUA, a salvo de guerra e revolução, pareceram próximos do colapso. Enquanto a economia balançava, as instituições da democracia liberal praticamente desapareceram entre 1917 e 1942 [...]. Enquanto isso, avançavam o fascismo e seu corolário de movimentos e regimes autoritários. A democracia só se salvou porque, para enfrentá-lo, houve uma aliança temporária e bizarra entre capitalismo liberal e comunismo: basicamente a vitória sobre a Alemanha de Hitler foi, como só poderia ter sido, uma vitória do Exército Vermelho. De muitas maneiras, esse período de aliança capitalista-comunista contra o fascismo — sobretudo as décadas de 1930 e 1940 constitui o ponto crítico da história do século XX e seu momento decisivo. De muitas maneiras, esse é um momento de paradoxo histórico nas relações entre capitalismo e comunismo, que na maior parte do século — com exceção do breve período de antifascismo — ocuparam posições de antagonismo inconciliável (HOBBSAWM, 1995, p. 14-15).

Se nos propomos a analisar a relação da Segunda Guerra com o surgimento do DSM, é por entender que tal guerra é decisivamente marcada pelos remanejamentos discursivos abertos pelo advento da ciência moderna. Como afirmam Costa-Moura e Fernandes (2009, p. 163), “a expansão da ciência é interna ao aparelho significante, operando dentro da articulação mesma da linguagem, incidindo no campo do discurso, neutralizando-o (...) sem depender do jogo da ideologia”. O que está em jogo é uma operação na qual a ciência prescinde da representação, eliminando qualquer possibilidade de referência à diferença.

A atualidade tem demonstrado não existirem razões exteriores à própria ciência que efetivamente restrinjam seu curso. As alegações de que a ciência produz o bem para a humanidade não resistem à observação mais trivial: até hoje nenhum experimento que ofenda o que quer que seja admitido como essencial para a definição de espécie humana deixou de ser realizado. As experiências genéticas, com armamentos, a informática, etc. não deixam dúvidas quanto a isso (COSTA-MOURA e FERNANDES, 2009, p. 147).

Em consonância com o que afirmam Costa-Moura e Fernandes (2009) e Lebrun (2004), Hobsbawm (1995) assegura que a ciência produziu uma desconstrução profunda no modo de se fazer guerra, erigindo uma dinâmica específica para o século XX: não há fronteiras, não há separação entre alvos militares e civis, e por isso mesmo, o conflito se dá em uma dimensão global. Como demonstra, as duas grandes guerras mundiais (por ele denominada a

Guerra Total¹², uma vez que, em sua análise, não há divisão entre a Primeira e a Segunda Guerra Mundial) não apenas se constituíram sob os auspícios da ciência, como foram realizadas com o engajamento de cientistas. Trata-se, portanto, de uma guerra científica, ou modulada pela ciência.

No primeiro capítulo, extraímos de Foucault (1978) a noção de que a psiquiatria se firma a partir de um projeto político, e agora vemos com Hobsbawm (1995), que a guerra que fundou o século XX resultou também em um projeto científico, cujos efeitos devastadores contaram com investimentos consideráveis por parte da única economia capaz de bancar a construção da bomba atômica – os Estados Unidos. Vejamos:

A era de ciência politizada atingiu o auge na Segunda Guerra Mundial, o primeiro conflito desde a era jacobina da Revolução Francesa em que cientistas se mobilizaram sistemática e *fundamentalmente* para fins militares; é provável que de modo mais efetivo do lado dos aliados do que do da Alemanha, Itália e Japão, porque jamais esperaram ganhar rapidamente com recursos e métodos disponíveis de imediato [...]. Tragicamente, a própria guerra nuclear foi a filha do antifascismo. Uma simples guerra entre Estados-nações certamente não teria levado os físicos nucleares de ponta, eles próprios em grande parte refugiados ou exilados do fascismo, a exortar os governos britânico e americano a construir uma bomba nuclear. [...] Ao mesmo tempo, a guerra finalmente convenceu os governos de que o empenho de recursos até então inimagináveis na pesquisa científica era tão praticável quanto, no futuro, essencial. Nenhuma economia, com exceção da americana, podia ter financiado os 2 bilhões de dólares (valores do tempo da guerra) necessários para construir a bomba atômica durante a guerra; mas também é verdade que governo algum teria, antes de 1940, sonhado em gastar mesmo uma pequena fração dessa quantia num projeto especulativo, baseado em alguns cálculos incompreensíveis de acadêmicos descabelados (HOBSBAWM, 1995, p. 416-417).

Podemos apresentar a outra parte dos argumentos em torno dos quais giram a questão de saber, afinal, qual é a relação entre a Guerra Total e o DSM. Para prosseguir, precisamos recordar que Caponi (2014) afirmou que o DSM engendrou um processo de medicalização da vida, no qual o sofrimento psíquico é alvo de intervenções medicamentosas. Isso nos permite articular a relação entre o advento da ciência, as mudanças operadas na relação do sujeito com a linguagem, a Guerra Total enquanto efeito dessa operação, o

¹² Esse conceito transmite a ideia de um conflito em que a violência se generalizou de modo consistente e muito veloz, pois o uso da tecnologia (aviões, tanques de guerra, armas químicas e a bomba de nêutron) potencializou a derrubada das fronteiras e das barreiras entre os envolvidos na Guerra Total, resultando na queda dos protocolos que regulavam as guerras na antiguidade, abolindo as referências éticas que vigoraram até então.

desenvolvimento da indústria farmacêutica com a consequente hegemonia do DSM.

Em uma pesquisa sobre o mercado da indústria farmacêutica no Brasil, Quintaneiro (2002) informa que houve uma movimentação por parte das indústrias norte-americanas com o intuito de conquistar espaço no mercado latino-americano. Isso implicou a elaboração de uma estratégia que assegurasse a derrocada da empresa líder neste mercado – a alemã Bayer. Todo esse processo teve início durante a Segunda Guerra Mundial. Mas, segundo a autora, não parava por aí, essa movimentação fazia parte de um contexto mais amplo. Segundo Quintaneiro:

Esse objetivo era parte de uma política expansionista mais ampla, formulada e posta em prática pelo Departamento de Estado através de uma complexa trama de agências especializadas. [...] O alvo imediato eram remédios populares e de grande consumo nesse período, especialmente os analgésicos à base de ácido acetil salicílico (a.a.s.) fabricados pela Bayer, e a Atebrina, medicamento da mesma empresa usado no combate à malária. No decorrer da Primeira Guerra Mundial, tinha-se tentado algo parecido, mas os resultados foram precários, em parte porque não houve uma política direcionada e de longo prazo, como a que seria implementada nos anos 1935-45. Por outro lado, a própria indústria farmacêutica norte-americana havia experimentado uma vigorosa ascensão no intervalo entre guerras, quando o número de fabricantes triplicou em relação ao período anterior. Quase inteiramente dependentes da Alemanha, até 1914, para preencher suas necessidades internas, os Estados Unidos avançaram rapidamente nesse setor e, por volta de 1937, já ocupavam o segundo lugar na produção mundial de drogas. Desse modo, praticamente toda a demanda interna passou a ser atendida, e ainda se tornou possível exportar para 78 países (US. Department of Commerce, 1937). A Segunda Guerra foi crucial para alavancar essa expansão e fortalecer a tentativa de substituir, tanto na indústria farmacêutica quanto em outras áreas da produção, a liderança mundial do capital alemão (QUINTANEIRO, 2002, p. 142).

A análise de Quintaneiro parece seguir na mesma direção do que Hobsbawm (1995) afirmou a respeito da “Era de Ouro” do século XX, no entanto, vemos que nesse momento inicial a indústria farmacêutica trava uma competição pelo domínio do mercado latino-americano através de produtos de uso popular, como os analgésicos. A autora, que estudou, dentre outros relatórios governamentais, os documentos oficiais do Departamento de Comércio dos Estados Unidos, é incisiva ao afirmar que nessa outra guerra, uma arma eficaz era a propaganda, que consistia na oferta incessante de medicamentos (QUINTANEIRO, 2002).

Prosseguindo na discussão, encontramos ainda nesse artigo uma articulação entre a formação dos médicos no Brasil e a entrada de medicamentos produzidos pelos EUA no mercado nacional, desbancando as concorrentes alemãs e francesas. Assim,

E, se bem que o ensino da medicina no Brasil viesse sendo dominado pela literatura francesa, por volta de 1935 os alemães começaram a produzir livros técnicos a preços acessíveis, alentando entre os médicos o interesse pelo estudo do idioma alemão (Castleman, 1943). Em 1941, funcionários norte-americanos informavam a seu governo que os jornais de medicina alemães continuavam a chegar ao Brasil regularmente e que também os suprimentos médicos vinham sendo remetidos a São Paulo com curtas interrupções. [...] Esses dados eram de interesse vital para o Departamento de Estado, já que um dos meios de levar a cabo a ocupação do mercado e afirmar a hegemonia norte-americana era a chamada "difusão cultural". Isso se daria, no tema que nos concerne, por meio da distribuição a estudantes universitários de livros técnicos e de manuais, traduzidos para o português, nas áreas de medicina, engenharia, matemática, história, ciências físicas e sociais, entre outras, visando influenciá-los e, de passagem, "tornar melhor conhecido o escopo da vida intelectual dos Estados Unidos" (QUINTANEIRO, 2002, p. 145).

O que pode ser verificado a partir dessa constatação? Como Hobsbawm (1995) afirmou anteriormente, temos no século XX uma ciência engajada na guerra, e isso não ficava restrito à produção da indústria bélica, mas estendia-se a outros ramos de produção de conhecimento atrelado à indústria – no caso – a farmacêutica. Prática que, a nosso ver, permanece em vigor na atualidade. Basta lembrar, por exemplo, que o DSM se apresenta como instrumento para a formação dos estudantes (PONTES E CALAZANS, 2016). Como a pesquisa de Quintaneiro (2002) investigou a entrada de medicamentos norte-americanos no Brasil, em substituição, sobretudo, dos que eram fornecidos pela líder Bayer, podemos questionar se esse modelo se aplica ao que ocorreu no mesmo período em outros países. É o que iremos verificar em outro estudo.

De qualquer forma, a estratégia que unia propaganda dos remédios, oferta de material técnico-científico e inserção no meio acadêmico (principalmente durante a formação dos médicos) é um fator que deve ser levado em consideração por seus efeitos de entrada na clínica. Se, de acordo com Lebrun (2004, p. 53), "o discurso é aquilo que ordena o laço social", a distribuição de jornais científicos e livros acadêmicos aos estudantes pode ser lida enquanto

intervenção no campo da clínica, como estratégia de implementação de um novo ordenamento social, com efeitos diretos sobre a clínica.

Enfim, apenas para ratificar a análise empreendida por Quintaneiro (2002), faremos uma rápida referência às pesquisas de Lisboa (2012) e de Kornis, Braga e Paula (2014), em que os autores são unânimes quanto à expansão da indústria farmacêutica no contexto da Segunda Guerra. Assim, Lisboa, citando Chandler afirma que “a Segunda Guerra Mundial precipitou uma revolução de medicamentos prescritos” (Chandler *apud* Lisboa, 2012 p.49). Lisboa afirma também que, já na Primeira Guerra houve uma apropriação de indústrias alemãs pelos norte-americanos, com a tomada de usinas e patentes por parte do governo dos EUA. Dessa forma, a indústria farmacêutica norte-americana:

Durante os anos 1920 e 1930, essas empresas começaram a criar seus próprios laboratórios de pesquisa e fomentar organizações maiores, mais integradas. Várias delas comercializando novas drogas, como a insulina, vacinas, vitaminas, sedativos, tranquilizantes e medicamentos cardíacos, entre outros, principalmente com *marketing* em drogas de prescrição (LISBOA, 2012, p. 92).

Vemos que a interrupção da colaboração entre psiquiatria, psicanálise e psicologia – no que Dunker (2012) chamou de “historicidade comum” (a psicopatologia) - aconteceu em termos muito específicos. É assim que, sete anos depois do fim da Segunda Guerra, em 1952, a primeira versão do DSM foi publicada de forma alinhada com um posicionamento político de expansão do capital norte-americano, especificamente da indústria farmacêutica. Assim, a psiquiatria “clássica” de tradição europeia - na qual havia uma prática de interlocução com outros saberes no campo da psicopatologia, em que o sintoma não havia sido elidido de sua dimensão subjetiva e que o médico exercia sua função ao se posicionar ante uma história clínica, sustentando o ato do diagnóstico - sofreu uma ação colonizadora por parte dos norte-americanos, com a inserção do sistema DSM e sua lógica de uma “clínica anestesiada”.

É preciso dizer que não negamos que a psiquiatria chamada aqui de “clássica” seja tão organicista quanto o que encontramos no DSM descrito como transtorno. A diferença que desejamos ressaltar reside exatamente nisto: a psiquiatria clássica operava com “doenças mentais”, as quais se propunha a

tratar, ainda que para isso realizasse uma classificação dos sintomas com o intuito de encontrar um substrato biológico para eles. Mas aqui podemos falar em sintoma, já que a psiquiatria se propunha a diagnosticar doenças mentais, e como a palavra tinha uma função, em certa medida, à dimensão subjetiva do sintoma que comparecia na clínica. Ora, uma vez que o DSM extingue o uso do termo doença, adota o conceito de “transtorno” (RESENDE; CALAZANS, 2013) e institui a validação estatística do diagnóstico, partindo da leitura de Pimenta e Ferreira (2003), é inviável sustentar a dimensão do sintoma nesse contexto do DSM. E isso, por uma razão: é justamente a dimensão subjetiva que é eliminada ao se empregar a matemática (estatística) para a sustentação de argumentos epidemiológico-normativos.

Se não estamos diante de doenças e seus sintomas, se já não há estudos de psicopatologia (Tucker, 1998) sustentando uma clínica, se houve uma abdicação quanto aos pilares do diagnóstico enumerados por Dunker (2012) e, por fim, se não há finalidade de tratamento (APA, 2014), estamos mesmo lidando com um discurso médico, com uma psiquiatria?

2.3 O DESCRITIVISMO PSIQUIÁTRICO E A ETIOLOGIA SEXUAL

Vejamos um exemplo que pode nos ajudar a discutir a questão. Segundo Tenório (2012, p.21), a psicose (enquanto categoria que designa o aspecto psíquico da doença mental) foi criada em 1845, pelo psiquiatra Ernst V. Feuchtersleben, para diferenciar a dimensão psíquica dos aspectos relacionados “às supostas alterações do sistema nervoso que as provocavam [doenças mentais]”. Portanto, o “psíquico” que esse termo designa é, de acordo com Tenório (2012), o objeto que especifica a psiquiatria em relação à neurologia. O autor destaca, assim como Resende e Calazans (2013), que tanto o DSM quanto a CID-10 “abandonaram a divisão entre neurose e psicose, bem como o uso do termo ‘psicose’ enquanto categoria nosográfica” (TENORIO, 2012, p. 20). Que efeito isso tem para a psiquiatria? Segundo ele:

É curioso ver como é no mesmo movimento em que a psiquiatria atual dispensa a categoria de psicose que ela começa a perder sua especificidade em relação à neurologia. Tem se reduzido, por sua

própria iniciativa, a uma neuro-psiquiatria e corre o risco de se tornar uma forma menor de neurologia (TENORIO, 2012, p. 21).

A importância de analisar essa nova configuração inserida no campo da clínica pelo sistema DSM é que ela nos coloca a urgência de se pensar nos posicionamentos possíveis diante desse movimento. No caso desse estudo, defendemos com Freud que o sintoma é uma produção subjetiva e, como tal, escapa ao controle estatístico e às tentativas de normatização. Por outro lado, com Lacan (2001) acreditamos que a psicanálise é o que resiste às investidas dessa lógica que desmonta a psicopatologia em nome de um projeto científico, em que não há lugar nem para os impasses da clínica, nem para o sujeito. Tentamos demonstrar, com a diferença entre sinal e sintoma apontada por Pimenta e Ferreira (2003), que mesmo na medicina o sintoma carrega uma dimensão subjetiva. Esse fato é desconsiderado pelo DSM, pois, ao empreender uma distorção do que é subjetivo em objetivo, esse manual suprime o sintoma, tentando reduzi-lo ao que seria o sinal (verificável objetivamente).

Assim, é possível dizer que a psiquiatria praticada no século XIX tem as suas especificidades em relação à psiquiatria ancorada no DSM? Uma primeira diferença aparece no fato de que a psiquiatria, até meados do sec. XX, consistia em uma prática discursiva em que não havia uma busca pelo consenso:

Até a segunda metade do século XX, essa discursividade era sustentada por diferentes autores e escolas, sobretudo nas tradições alemã e francesa. Pelo debate e pela divergência, e sempre incluindo a enunciação do psiquiatra, que almejava convencer mas prescindia do consenso, fosse o dos pares, muito menos o consenso social. [...] Nossa leitura é de que o apoio no consenso descritivo em detrimento de assunções clínicas de fundo e a adoção da noção fraca de transtorno em detrimento da noção de doença representaram o fim da psiquiatria como prática de discurso (TENORIO, 2012, p. 25).

O segundo ponto, já mencionado aqui, diz respeito à importância dada à história do paciente mais que ao diagnóstico propriamente dito. Isso pode levar à possibilidade de manifestação do sintoma, entendido enquanto portador de

uma singularidade ou de uma dimensão subjetiva? Seria esse o objetivo de Kraepelin¹³? Vejamos:

[...] os fatos observados na clínica fornecem as bases para as nossas decisões. No entanto, que caminhos deveremos seguir para nos inteirarmos da história inerente ao surgimento, sobre a “construção” de determinada doença – e que garantia temos de que os conhecimentos assim obtidos correspondem à realidade? [...] Adequando-nos ao raciocínio que descrevemos no início, deixaremos totalmente de lado as pretensões de pesquisar as bases físicas das doenças mentais nas discussões que se seguem. Nós nos limitaremos à questão de até onde – e com que ferramentas clínicas – é possível avançar para alcançar uma melhor compreensão das formas de manifestação da insanidade. [...] teremos que procurar a chave para a compreensão das manifestações da doença principalmente nas singularidades gerais e específicas das pessoas em processo de adoecimento. A expectativa do indivíduo – influenciada pela situação real ou fantasiada, bem como pelas vivências pessoais anteriores – terá um papel decisivo no conteúdo das alucinações e das ilusões (KRAEPELIN, 2009, p. 168-169).

Por outro lado, conforme Pimenta e Ferreira (2003), isso não significa que o sentido do sintoma (conforme a psiquiatria o lê) será aquele construído pelo doente. Ao contrário, o médico é quem produz tal sentido, interpretando-o como índice da presença de um processo patológico ou não. Apesar disso, para alguns autores, há que se reconhecer a importância desse posicionamento da psiquiatria como tendo valor e sentido bem diferentes daquele presente no DSM. De acordo com Pereira, Kraepelin não estava procurando delimitar as bases biológicas da demência precoce,

[...] mas de estabelecer as condições teóricas e clínicas para a compreensão de suas formas de manifestação. Ele evoca, por exemplo, o fato de que mesmo situações patológicas que apresentam danos exteriores totalmente evidentes têm manifestações individuais muito diferentes em diferentes pacientes, o que demonstra que “estes danos incidem sobre um órgão que tem por trás de si características pessoais infinitamente ricas e de ordem histórico-hereditária”. Dito em outras palavras, o quadro psicopatológico não pode em nenhum caso ser concebido como uma expressão direta de um processo mórbido de natureza biológica. O sintoma mental observável não pode ser considerado mera manifestação da lesão (PEREIRA, 2009b, p. 163).

Contudo, é necessário lembrar que neste mesmo artigo, Kraepelin (2009, p.170) faz alusão à “empatia” como recurso empregado pela psicanálise para “obter uma compreensão mais aprofundada das manifestações das doenças”.

¹³Psiquiatra alemão que denominou a esquizofrenia de “demência precoce”, considerado o fundador da psiquiatria moderna.

Informações disponíveis em: <https://www.psiquiatriageral.com.br/esquizofrenia/aprendendo01.htm>, acesso em 05/02/2018.

Não vamos nos deter no questionamento do termo “empatia” para se referir a uma clínica que tem como elemento fundamental a transferência, mas examinaremos outra assertiva do psiquiatra, em que ele diz:

A “empatia” é um procedimento bastante inseguro que, no entanto, é indispensável para a aproximação entre os seres humanos e para a criação poética; mas, como meio auxiliar de pesquisa, pode levar aos maiores enganos. [...] Os construtos aventureiros dos psicanalistas – que se apresentam em toda parte com a reivindicação de forçosa validade – mostram-nos de maneira penetrante os perigos de uma forma de apreciação cuja exatidão não pode ser comprovada por verificações em outra parte. [...] Na realidade, parece haver um parâmetro útil que poderia nos proteger de aberrações dessa espécie – e este é constituído pelo testemunho dos próprios pacientes sobre suas vivências internas. Este procedimento parece extremamente sedutor e, sem dúvida, também apropriado para oferecer importantes esclarecimentos. No entanto, infelizmente não oferece uma proteção eficaz contra o autoengano. Precisamos apenas nos lembrar de que muitas das quimeras psicanalíticas foram justamente derivadas das afirmações dos pacientes (KRAEPELIN, 2009, p. 171).

O que queremos destacar aqui é que, para Kraepelin, a fonte de todo erro e todo engano é “o testemunho dos próprios pacientes”, e, por levar em conta o que os pacientes têm a dizer sobre o seu sofrimento (psíquico) é que a psicanálise incorre em erro e produz “constructos aventureiros”. Eis, portanto, o corte que faz com que a psicanálise seja um saber radicalmente diferente - situado fora do campo da medicina - aquele no qual o sintoma leva ao sujeito do inconsciente, conforme bem assinalaram Pimenta e Ferreira (2003). Nessa assertiva de Kraepelin, a doença mental emerge como objeto do discurso da psiquiatria nos moldes assinalados por Foucault (1978), como apresentamos no capítulo anterior.

Por outro lado, parece não haver consenso a respeito da questão que apresentamos neste capítulo. Se a psiquiatria que chamamos de clássica tem especificidades que a diferenciam da “ciência dos transtornos mentais”, estando ela em um processo de fusão com o sistema DSM, tornando-se um subcomponente desse, há que se falar também das prerrogativas comuns. Um ponto importante a ser considerado foi levantado por Pontes e Calazans (2016) e diz respeito ao descritivismo e sua insuficiência para estabelecer um diagnóstico diferencial. O que compromete a própria orientação da prática clínica (PONTES; CALAZANS, 2016).

Segundo os autores, o descritivismo consiste em uma descrição “minuciosa e pormenorizada dos sinais e sintomas de uma enfermidade, o trabalho semiológico isolado e desarticulado dos demais esforços teóricos que definem o que é uma psicopatologia (...)” e que serve bem ao propósito de tamponar a ausência de uma etiologia relacionada ao sofrimento psíquico, abdicando, para isso, de uma reflexão teórica (PONTES; CALAZANS, 2016, p. 244). O fato é que esse procedimento – o descritivismo – desenvolveu-se no século XIX, a partir da necessidade dos médicos de produzir relatórios sobre os doentes internados nas instituições, nas quais assumiram postos de trabalho. Para esses autores, foi justamente com Kraepelin que ocorreu a sistematização do descritivismo. Ou seja, ele o organizou enquanto metodologia de classificação das doenças mentais. Assim, Pontes e Calazans afirmam que:

Kraepelin considerava a doença mental como uma entidade mórbida subjacente aos moldes orgânicos. Seu método consistia primordialmente na observação, descrição minuciosa dos fenômenos clínicos e a posterior classificação. Desse modo, o sistema de classificação desenvolvido por Kraepelin baseava-se na sintomatologia, na evolução e no prognóstico de cada entidade clínica isolada. O caráter categorial marca o sistema classificatório de Kraepelin: cada enfermidade deveria, descritivamente, se diferenciar de outras entidades mórbidas. [...] Nesse sentido, os fatores etiológicos não ocupariam lugar de destaque em suas investigações, caracterizando as mais como descritivas do que como explicativas (PONTES; CALAZANS, 2016, p. 245).

Desta forma, vemos aqui duas perspectivas diferentes quanto ao trabalho de Kraepelin. Pereira (2009b) afirma que não vê no trabalho do psiquiatra alemão um esforço em delimitar a base biológica das doenças mentais. Já Pontes e Calazans (2016) apontam que o trabalho de Kraepelin subsidiou as pretensões objetivantes do DSM, uma vez que, em ambos, a etiologia é deixada em segundo plano. Isso coloca em cheque a ideia de que a psiquiatria clássica seja algo diferente do que é encontrado no DSM, de que a “ciência dos transtornos mentais” seja algo de ordem diversa da psiquiatria.

Buscamos apresentar algumas questões que assinalam impasses, ante os quais somos convocados a nos pronunciar quando nos dispomos a estudar o conceito de sintoma. O problema expresso na questão “o que é o sintoma?” ganhou nesse capítulo um tratamento que tem fundamentos históricos e epistemológicos. O sintoma tem na medicina um estatuto biológico, que pode

ganhar sentido na relação com a doença. Isso coloca a psiquiatria em apuros, pois, como demonstramos com Calazans e Lustoza (2012) e Caponi (2014), não há marcador biológico para o sofrimento psíquico. O que fazer, então?

Podemos examinar a situação de modos distintos. Um deles entende que a psiquiatria que chamamos de “clássica” lidava com isso de modo que parece ser diferente do que vemos hoje no sistema DSM. A dimensão do sintoma, que faz referência à subjetividade, parecia estar ainda preservada pelo fato de não haver busca de consenso, da história dos pacientes ser considerada até certo ponto, por tomar lugar num sistema de trocas conceituais e por se manter em articulação com a psicopatologia. É como se houvesse ainda lugar para a diferença, o ambíguo da palavra, a filiação teórica e uma reflexão que levasse a um diagnóstico capaz de orientar o tratamento. Então, veríamos um corte operado com a transformação histórica em um tempo em que a ciência, ao produzir modificações em nossa relação com a linguagem, engendra uma guerra sem precedentes na sociedade ocidental – a Guerra Total, que encerra o Século XIX e reconfigura as relações humanas, apagando as fronteiras simbólicas e também epistemológicas, se pensarmos no DSM e sua lógica de homogeneização dos saberes.

A empreitada que visa reduzir o sintoma a algo objetivamente verificável – o sinal – emergiu com muita força nesse projeto científico em que a finalidade do diagnóstico parece assumir ares também mercadológicos. A hegemonia do DSM vem atrelada a uma expansão dos pressupostos científicos, que passam a reger o laço social de modo intensificado após a Guerra Total. Ademais, notamos que emerge um novo centro de difusão desse projeto situado nos EUA. Neste sentido, a psiquiatria “clássica”, de tradição francesa e alemã que vigorou no século XIX, teria sofrido um processo de colonização pelo sistema norte-americano, em que ganha destaque a indústria farmacêutica e a medicalização do sofrimento psíquico (CAPONI, 2014).

Uma outra maneira de examinar a questão seria a de pensar que não houve corte entre uma psiquiatria dita clássica e o sistema DSM, mas sim a radicalização de um processo que vinha sendo articulado desde o século XIX, com a classificação e o descritivismo fundamentando a clínica psiquiátrica.

Nessa direção, a psiquiatria já tinha interesse em tornar mais objetivo o diagnóstico, numa tentativa de driblar a impossibilidade de estabelecer uma etiologia biológica para a doença mental. Como vimos, é o que Pontes e Calazans afirmam, ao indicar que foi com Kraepelin que o descritivismo ganhou uma sistematização:

O descritivismo é a estratégia nosográfica da psiquiatria descritivista para a recusa ao debate etiológico. O DSM é seu maior expoente. Como forma de garantir uma linguagem comum e objetiva no campo do sofrimento psíquico, recorre-se a uma descrição minuciosa e isolada da patologia em detrimento de teorizações causais (PONTES; CALAZANS, 2016, p.254).

Conforme podemos observar segundo tal posição, a psiquiatria visa estabelecer uma base biológica para o sofrimento psíquico e, diante da inviabilidade de tal empreitada, conforma-se à descrição e classificação de sintomas, ainda que para isso suprima a dimensão que lhe seria peculiar, a subjetiva, abdicando de filiação teórica, posicionamento político e análise explicativa fundamentada na etiologia. Além disso, encontramos em Pontes e Calazans (2016), a noção de que já nos primórdios de seu trabalho, Freud nota a insuficiência do descritivismo e, numa recusa em deixar de lado a etiologia, toma a direção de uma investigação que atenta para a etiologia sexual do sintoma histórico e dos processos psíquicos a ele relacionados.

O que essa análise nos permite concluir é que o sintoma se perde ao ser destituído de sua dimensão subjetiva, já que não é (como o sinal) verificável objetivamente. Em outras palavras, a ausência de uma análise que leve em conta a etiologia - não biológica, mas sexual - torna inviável a prática de um acompanhamento clínico que restitua ao sintoma sua legitimidade enquanto produção subjetiva, para a qual cabe considerar também as implicações éticas que concernem ao campo do sujeito. Diante disso, é Lacan quem aponta uma direção possível ao afirmar que:

[...] aqui intervém aquilo que chamarei simplesmente de teoria psicanalítica, que vem em tempo e, certamente não por acaso, no momento de entrada em cena da ciência, com este ligeiro avanço que é sempre característico das invenções de Freud. Assim como Freud inventou a teoria do fascismo antes que este aparecesse, trinta anos antes, inventou aquilo que deveria responder à subversão da posição do médico pela ascensão da ciência (LACAN, 2001, p. 13).

Lacan retoma nessa citação o posicionamento original de Freud, que funda a psicanálise ao se antecipar ao efeito da inscrição da medicina no campo científico. É, portanto, a partir desse corte operado por Freud que passaremos a analisar como o sintoma é por ele delimitado nos limites da prática psicanalítica.

3 FREUD E O INUSITADO DA CLÍNICA

Neste capítulo, o conceito de sintoma será examinado a partir da psicanálise. Para isso, voltaremos aos momentos do trabalho de Freud em que ele, ao se deparar com questões que surgiam na sua clínica, buscou se posicionar ante os impasses com os quais tinha de lidar. Frente a esses impasses, Freud se esforçou para encontrar meios de avançar no percurso que se dispunha a trilhar, engendrando, para isso, novos instrumentos que o auxiliaram a delimitar um problema. A análise que faremos neste ponto da dissertação parte de uma concepção da qual as transformações que ocorrem ao longo da realização de um trabalho podem ser avaliadas segundo uma perspectiva histórica, sem que ela seja do tipo linear e factual (aquela que busca a “verdade dos fatos”).

Diante disso, é necessário reconhecer que o ponto de partida são os problemas com os quais nos deparamos, pois são esses que exigem a realização de um trabalho de elaboração, que responde pelas modificações observadas no decorrer de uma jornada como a de Freud. Assim, tais mudanças expressam os esforços criativos empreendidos por ele para responder a algo que retornava e com o qual se defrontou inúmeras vezes ao longo de seu percurso. Por isso, não há que se falar em ordenamento cronológico dos artigos publicados por Freud, porque o passar do tempo puro e simples não explica nada: o tempo em si mesmo não produz mudança e não opera as rupturas relacionadas a estas. Decidimos por uma análise que contemple o caráter processual da construção de um conceito, em detrimento de uma perspectiva que privilegie o tempo cronológico. Isso por acreditar que poderia resultar na afirmação de uma suposta “evolução” do conceito de sintoma no pensamento freudiano, como resultado da ação do tempo. Feita essa observação, passemos à leitura de Freud.

Iniciamos com os artigos anteriores à “Interpretação dos Sonhos” (1996a) para verificar as circunstâncias em que Freud inaugura o seu trabalho na clínica. O contexto é marcado por sua experiência em *Salpêtrière*, com Charcot e seu estudo sobre a “Histeria Maior”; bem como pela parceria com Breuer e o trabalho com as histéricas. Vemos um intenso debate entre Freud e os demais

discípulos de Charcot em torno da histeria, contudo, assumindo uma posição diferente daquela defendida por seus colegas.

Em “Comunicação Preliminar” (1996c), texto escrito em colaboração com Breuer, Freud discute a origem dos sintomas histéricos a partir de sua experiência clínica. Entre outras coisas, analisa também o mecanismo de formação desses sintomas, definindo-os como produto de um trauma vivido na infância, cuja lembrança está atrelada a um afeto que faz com que o sujeito reviva intensamente esse evento.

Conforme Freud e Breuer relacionam os sintomas a uma causalidade de ordem psíquica, o discurso médico cede lugar à outra ordem de saber, e o inconsciente é percebido por Freud como instância que atua na produção da lógica dos sintomas histéricos,

Nas neuroses traumáticas a causa atuante da doença não é o dano físico insignificante, mas o **afeto** do susto – o **trauma psíquico**. De maneira análoga, nossas pesquisas revelam para muitos, se não para a maioria dos sintomas histéricos, causas desencadeadoras que só podem ser descritas como traumas psíquicos (FREUD, 1996c, p. 41, grifo do autor).

Esta temática ganha tamanha importância que Freud lhe dedica um artigo inteiro. Em “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos” (1996d), parte da tese de Charcot sobre a paralisia traumática na histeria, para apresentar uma nova concepção a respeito da gênese dos sintomas histéricos. Para compreender a modificação introduzida por Freud, é necessário considerar que a histeria aparece, neste texto, classificada em dois tipos: a traumática e a comum. A histeria traumática é aquela que apresenta uma paralisia decorrente de um trauma mecânico sofrido pelo indivíduo, ou seja, o surgimento dos sintomas está atrelado à ocorrência de algum acidente (golpes, pancadas, quedas), do qual resultou uma lesão que explicaria a alteração visível no membro atingido. Já a histeria comum é definida apenas como “não-traumática” (FREUD, 1996d).

Distinguir, a partir deste texto, a histeria traumática da histeria comum, não é simples. Porque, ao que parece, Freud está retomando a tese de Charcot, em que o trauma (que aqui é mecânico) equivale a uma sugestão verbal dada ao

paciente em estado hipnótico. Charcot conclui com isso que a circunstância em que ocorre o trauma é o fator que “determina a gênese do sintoma”. Freud interroga como são formados os sintomas na histeria comum. A histeria comum é aquela em que não houve trauma mecânico, mas na qual se constata o mesmo efeito do trauma mecânico no paciente que recebe de Charcot a sugestão verbal durante a hipnose. Ou seja, em ambos os casos o efeito é a produção da paralisia – sintoma em questão. A descrição que Freud faz do trauma, no entanto, mostra que ele parece já se referir ao trauma enquanto psíquico. Freud explica a formação da paralisia na histeria comum, afirmando que há trauma em ambos os quadros clínicos, já que se trata de um fator psíquico e não mecânico. Essa distinção é importante, porque marca a passagem de Freud para uma nova concepção de trauma, desvinculada de uma lesão orgânica e que nem por isso é sem efeito para o sujeito.

Nota-se que Freud, ao longo deste artigo, avança na investigação acerca do sintoma, inquirindo também o seu processo de formação na histeria comum. Se não houve acidente, como explicar as paralisias neste quadro clínico? É a partir deste ponto que é introduzida a noção de trauma psíquico e a tese de que toda histeria é traumática. Freud, a partir do trabalho de Charcot, faz uma comparação entre a histeria traumática e a histeria comum. Vejamos as características do trauma relacionado à histeria: o quadro clínico deve ser grave, mas não deve vir acompanhado de uma lesão real grave, tais lesões não são hereditárias e devem ter uma relação particular com uma parte do corpo; além disso, nota-se a ocorrência de ataques, delírios e tendência à repetição da cena traumática “adornada por diversos fantasmas” (FREUD, 1991, pág. 30 – tradução nossa) ¹⁴.

Essa caracterização é acompanhada de um exemplo no qual um homem recebe uma forte pancada em um braço, durante um acidente de trabalho. Dias se passam sem que nenhuma alteração seja sentida até que, repentinamente, este fica dormente e depois paralisado. Charcot produz esse efeito em um paciente através da hipnose e da sugestão e Freud nota que o efeito é o

¹⁴ Trecho traduzido obras Completas de Sigmund Freud em espanhol, publicada pela Editora Amorrortu, tradução direta do alemão.

mesmo do acidente. Ao comparar o trauma espontâneo e o sugestionado, conclui que se o trauma "real" pode ser substituído pela sugestão verbal, então no caso em que houve paralisia traumática espontânea "é realmente possível considerar o trauma como equivalente completo da sugestão verbal" (FREUD, 1996d, p. 38).

Assim, para Charcot, há uma equivalência entre o afeto decorrido de um trauma mecânico e a sugestão verbal, mas para que essa equivalência se constituísse e resultasse em paralisia (ou seja, atuasse produzindo um sintoma), as circunstâncias em que ocorre o evento traumático teriam de ser semelhantes. No caso, eles deveriam ocorrer no momento em que o indivíduo estivesse em um estado psíquico peculiar, parecido com o da hipnose, ou, sofrendo ação da hipnose propriamente dita. Aqui, vigora uma concepção segundo a qual "a gênese do sintoma é determinada de modo inequívoco pela circunstância do trauma" (FREUD, 1996d, pág. 39). Freud esclarece a formação de sintomas semelhantes aos da histeria traumática na histeria comum (paralisias) ao conceber o trauma como experiência psíquica do paciente, em que a relação que se estabelece entre o afeto desencadeado e a representação deste no aparelho psíquico passam a ter primazia.

É importante entender que quando Freud (1991, p.36, tradução nossa) declara que "toda histeria do ponto de vista psíquico é traumática" tem início um movimento, que deixa para trás não só uma concepção fisiológica do sintoma, como também instaura um lugar preponderante para o caráter conflituoso ao qual este se remete incessantemente. Sobre isso, há uma importante consideração no artigo "As neuropsicoses de defesa"? (1996e), onde é feita uma avaliação "desse tipo de representações patológicas" e a proposição de "uma teoria psicológica das fobias e obsessões" (FREUD, 1996e, pág. 53), que resulta em significativas modificações na teoria da histeria que vigorava até o momento. Aqui, o debate é com Janet e versa sobre os complexos sintomáticos da histeria. Este outro aluno de Charcot corrobora a tese de que a histeria é produto de uma incapacidade para realização de sínteses psíquicas decorrente de uma "estreiteza do campo da consciência", que é inata e que expressa um quadro de degeneração típica da histeria. Portanto, a divisão da consciência nesta perspectiva é primária (FREUD, 1996e).

Freud se situa com Breuer numa posição oposta à afirmação de Janet, que conclui os estados hipnoides (estados de alteração da consciência descritos como "particularmente oníricos", em que a capacidade para a associação fica limitada) como a base da histeria. Na tese de Breuer e Freud, a divisão da consciência é efeito dessa limitação que impede o sujeito de realizar associações entre os diferentes conteúdos da consciência – tendo, portanto, caráter secundário.

Freud passa a discorrer sobre outras formas de histeria, que provam tal caráter secundário da divisão da consciência. Argumenta que para a primeira dessas formas, tal separação entre os conteúdos da consciência é provocada pelo enfermo, em que se pode notar, segundo Freud, um "empenho voluntário". Há uma ressalva quanto ao propósito desta ação, que não é a de produzir esta divisão, mas, ao que parece, o sujeito falha em seu intento e o resultado acaba sendo diferente do desejado inicialmente.

[...] pude repetidas vezes demonstrar que *a divisão do conteúdo da consciência resulta de um ato voluntário do paciente*; ou seja, é promovida por um esforço de vontade cujo motivo pode ser especificado. Com isso, é claro, não pretendo dizer que o paciente tencione provocar uma divisão da sua consciência. A intenção dele é outra, mas, em vez de alcançar seu objetivo, produz uma divisão da consciência (FREUD, 1996e, p.54, grifo do autor).

Assim, o trauma sofrido no momento em que o sujeito se encontra no “estado hipnoide” não passa por um processo de síntese psíquica, e, por isso, o conteúdo representativo que emerge nesse estado de alteração da consciência fica isolado dos demais graças a uma “limitação associativa”. A consequência disso seria uma divisão da consciência, que Freud entende como “secundária e adquirida” (FREUD, 1996e, p.54).

O indivíduo, ao perceber o afeto penoso que surge a partir do trauma, inicia um empreendimento que visa apagar da memória aquilo que o marcou tão profundamente. Como consequência, vários núcleos de conteúdos diversos se formariam na consciência, permanecendo isolados uns dos outros. Segundo Freud, o evento que está na origem desses sintomas apresentados pelos enfermos pode ser explicado pela instauração de um conflito que produz um

sofrimento do qual o sujeito esforça-se por livrar-se, daí o termo “defesa” qualificando a neurose. Assim, ele afirma que:

[...] houve uma ocorrência de incompatibilidade em sua vida representativa – isto é, até que seu eu se confrontou com uma experiência, uma representação ou um sentimento que suscitaram um afeto tão aflitivo que o sujeito decidiu esquecê-lo, pois não confiava em sua capacidade de resolver a contradição entre a representação incompatível e seu eu por meio da atividade de pensamento (FREUD, 1996e, p.55, grifo do autor).

É importante notar que esse artigo apresenta a noção de que tanto a histeria quanto a neurose obsessiva consistem em uma “defesa” do sujeito contra uma representação e o afeto a ela associado. Mais adiante, veremos que o desejo despertado pela experiência sexual precoce irá ganhar lugar de destaque na etiologia dos sintomas neuróticos, e, a ideia de defesa contra o desejo sexual será mantida, para depois passar por algumas modificações, quando Freud elabora o conceito de recalque e o relaciona ao de pulsão. Retornaremos a esta discussão mais adiante.

Por enquanto, a discussão permanecerá em torno do nexos causal entre o trauma e o sintoma. Freud recorre à metáfora do “corpo estranho” para explicar que essa relação é de tipo “direta”, e que entre o trauma psíquico e o fenômeno histérico haveria uma “estimulação patológica”, que age continuamente até que este agente seja removido (FREUD, 1996e, p. 45).

Mas, como operar tal “remoção”? Entendido enquanto atividade psíquica, ao falar sobre o sintoma é que se pode notar um efeito de cura no sujeito que consegue dizer algo de si. Na contramão do silenciamento,

[...] Breuer aprendeu com sua primeira paciente que a tentativa de descobrir a causa determinante de um sintoma era, ao mesmo tempo, uma manobra terapêutica. O momento em que o médico desvenda a ocasião da primeira ocorrência do sintoma e a razão de seu aparecimento é também o momento em que o sintoma se desfaz. [...] Quando, por exemplo, o sintoma apresentado pelo paciente consiste em dores, e quando lhe indagamos sob hipnose sobre sua origem, ele evoca uma série de lembranças ligadas a elas [...] observaremos que está completamente dominado por algum afeto. E se então o compelirmos a exprimir verbalmente esse afeto, verificaremos que, ao mesmo tempo em que ele manifesta esse afeto violento, o fenômeno de suas dores desponta marcadamente uma vez mais e, daí por diante, o sintoma, em seu caráter crônico, desaparece (FREUD, 1996e, p. 44).

Ainda no artigo “As neuropsicoses de defesa” (1996e), a ideia segundo a qual a experiência traumática e o afeto desencadeiam um conflito, que tem como solução o sintoma, nos faz pensar que parece haver uma indicação da concepção do sintoma enquanto proveniente de um trabalho simbólico. Freud atribui à representação a responsabilidade pela formação da paralisia, tanto na sua forma espontânea quanto na sugestionada, conforme demonstrou Charcot. Pode-se entender que o sintoma atua expressando algo desta experiência que foi marcante para o sujeito, ou, nas palavras de Freud (1996e, p.35), é como se houvesse “[...] um propósito de expressar o estado psíquico mediante um corporal, para o qual o uso linguístico oferece as pontes”.

Para compreender melhor essa afirmação, é interessante ler os fragmentos de um dos casos clínicos relatados nos “Estudos sobre a Histeria” (1996f). Trata-se de Elisabeth Von R., a jovem de 24 anos que após perder sucessivamente o pai e a irmã, passara a sofrer com dores nas pernas e dificuldades para caminhar. Ao analisar os relatos da paciente sobre suas queixas, Freud afirma que ela:

[...] encerrou sua descrição de uma série de episódios com a queixa de que eles lhes haviam tornado doloroso o fato de ‘ficar sozinha’. Em outra série de episódios, que abrangiam suas tentativas frustradas de estabelecer uma nova vida para sua família, ela nunca se cansou de repetir que o doloroso nelas tinha sido o seu sentimento de desamparo, de que não podia ‘dar um único passo à frente’. [...] Em vista disso [...] não pude deixar de pensar que a paciente não fizera nada mais nada menos do que procurar uma expressão *simbólica* para seus pensamentos dolorosos, e que a encontrara na intensificação de seus sofrimentos (FREUD, 1996f, p. 176).

Assim, a importância do conceito de sintoma em Psicanálise, parece ser fundamental, porque é a partir da escuta de pacientes histéricas que Freud se depara com o inconsciente – o que o levará, mais adiante, a elaborar a tese do aparelho psíquico, assumindo um debate que se dirige (neste momento) à psicologia, distanciando-se radicalmente dos postulados biológicos tão caros à medicina. É o que Freud (1996f, p. 636) parece assegurar ao enfatizar que as “representações, os pensamentos e as estruturas psíquicas em geral nunca devem ser encarados como localizados em elementos orgânicos do sistema nervoso, mas antes, por assim dizer, *entre* eles [...]”.

Outro aspecto a ser considerado nessa discussão é o que diz respeito a etiologia das neuroses. A conotação sexual do evento traumático é reconhecida por Freud ao escrever em “A psicoterapia da histeria” (1996g) que:

[...] partindo do método de Breuer, vi-me envolvido em considerações sobre a etiologia e o mecanismo das neuroses em geral [...] fui obrigado a reconhecer que, na medida em que se possa falar em causas determinantes que levam à *aquisição* de neuroses, sua etiologia deve ser buscada em fatores sexuais (FREUD, 1996g, p. 273, grifo do autor).

Encontramos também no artigo “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” (1996h), a afirmação da etiologia sexual dos sintomas neuróticos, fundamentada na ideia de que tanto a histeria quanto a neurose obsessiva eram causados por uma experiência sexual precoce – o trauma - que era revivido após a puberdade, desencadeando o afeto e a necessidade de defesa contra este. Neste momento de seu percurso, Freud acreditava que essas experiências tinham sido fatos ocorridos na tenra infância de seus pacientes, recalcados e, posteriormente, ressignificados após serem lembrados. Vemos que Freud (1996h, p.164, grifo do autor) afirma, a respeito da histeria, que “[...] *tais traumas sexuais devem ter ocorrido na tenra infância, antes da puberdade, e seu conteúdo deve consistir numa irritação real dos órgãos genitais [...]*”.

Mais adiante, veremos que essa concepção será revista por Freud. Por agora, importa reconhecer que o valor dessa citação se encontra relacionado à sustentação da teoria da etiologia sexual dos sintomas neuróticos, e, que há o reconhecimento de que um efeito traumático não era a ocorrência de uma experiência sexual prematura, mas sim, “sua revivescência como *lembrança* depois que o sujeito ingressa na maturidade sexual” (FREUD, 1996h, p. 165, grifo do autor).

Ao adentrar no aspecto sexual da etiologia dos sintomas histéricos, Freud irá se dedicar à revisão de pontos importantes da teoria vigente em seu tempo, que tem como centro propagador a escola francesa. No artigo “A hereditariedade e a etiologia das neuroses” (1996i), Freud propõe discutir o pressuposto da hereditariedade na etiologia da histeria, argumento defendido por Charcot, G. Tourette e Janet. A partir de sua atuação clínica, ele apresenta

argumentos que colocam em cheque a concepção defendida por seu mestre, e apresenta objeções de dois tipos: "argumentos fatuais e derivados da especulação".

O que pode ser inferido na leitura desse artigo é que a teoria da hereditariedade estava baseada em preceitos pouco consistentes, e Freud deixa claro o caráter arbitrário de determinadas afirmações. Dentre os pontos questionados nesse artigo estão: primeiro, a ideia de que doenças que não pertencem ao campo das neuropatologias, e, que muitas vezes não denotam qualquer relação com patologias do sistema nervoso, fossem interpretadas como indicativos de uma "tendência neuropática hereditária"; segundo, a classificação das famílias em grupos opostos (do tipo "suscetível e não suscetível" a determinada doença hereditária) é também colocada em cheque, pois Freud entende que os fatos apontam para uma gradação de "disposição nervosa" e que, por isso, ninguém estaria a salvo por completo (FREUD, 1996i). Além disso, existem lacunas nas explicações de afecções do sistema nervoso, situadas pela neurologia no grupo das doenças "hereditárias dissimilares": faltam informações acerca dos fatores etiológicos.

Para entender essa crítica, é preciso considerar que existem dois tipos de hereditariedade que abarcam doenças neurológicas: uma delas é a herança similar, na qual se nota constância e homogeneidade na transmissão da doença entre os membros de diferentes gerações familiares. Fica claro que há predomínio de uma questão genética que determina a hereditariedade na família. Na outra herança, denominada 'dissimilar', há uma lacuna da qual Freud fala. Ele se refere ao fato de haver, na herança dissimilar, uma variedade de afecções neurológicas – funcionais e orgânicas – entre os membros da família do enfermo, sem que uma relação causal estável (uma "lei") esclareça a substituição de uma doença por outra. Além disso, ainda que haja os membros enfermos em uma família, há os que permanecem sãos, e, essa teoria não explica tal fato. Outro evento importante que permanece em aberto é o da "escolha" de uma determinada doença em detrimento de outra, que constitui a "grande família neuropática". A partir disso, Freud (1966i, p. 145) contesta a primazia do fator hereditário e "supõe a existência de outros influxos etiológicos de natureza menos compreensível que mereceriam o nome de etiologia

específica de tal ou qual afecção nervosa”. Ele observa que essas causas “específicas e determinantes das neuropatias” foram negligenciadas, devido a adoção da teoria da hereditariedade, que, ao estabelecer de antemão a causa da doença, acaba por dificultar o trabalho de investigação clínica, já que torna o fator patológico inacessível ao médico.

Ao longo desse artigo, Freud discorre sobre a questão do papel da hereditariedade nas neuroses, e passa a defender a tese de que a etiologia é explicada pelo fator sexual. Ele chega a afirmar que não se tratava de uma novidade para os médicos, mas que embora fosse considerado nestes casos, o fator sexual era tido como secundário e acabava por ser posto à sombra da hereditariedade.

Em “A Interpretação dos sonhos” (1996j), a concepção do aparelho psíquico é apresentada enquanto Freud discorre sobre o papel dos sonhos na vida “anímica” e a importância de lhes atenção. Nessa obra, o inconsciente aparece, não como um problema, mas como (nas palavras de Freud citando Lipps) “o problema da psicologia”. O pressuposto de que a “vida anímica” seria equivalente à consciência é questionado por Freud ao asseverar que fenômenos psíquicos complexos se dão sem que a consciência chegue sequer a percebê-los. “É essencial”, diz, “abandonar a supervalorização da propriedade de estar consciente para que se torne possível formar uma opinião correta da origem do psíquico” (FREUD, 1996j, pág. 637).

Tanto a partir da leitura de “Estudos sobre a Histeria” (1996f), quanto de “A Interpretação dos sonhos” (1996j), o que pode ser constatado é que Freud, ao colocar em cena o inconsciente, passa a atribuir sentido, tanto ao sintoma quanto aos sonhos – conferindo-lhes o estatuto de “atividade mental”, dotada de significação para os sujeitos que, em análise, relatavam suas experiências. É importante destacar que essa afirmação de que sintomas e sonhos são mais que subprodutos do funcionamento biológico do corpo (manifestações somáticas), abre espaço para considerar a dimensão singular manifesta neles e através dessas “atividades mentais”.

Assim, em uma breve recapitulação, podemos observar que até este ponto Freud elaborou a tese de que os sintomas surgem em decorrência de um trauma psíquico, que resulta de uma experiência sexual infantil. Isso marca a passagem de um sistema de ideias fundamentado na biologia para a concepção de que a constituição do quadro clínico dos pacientes poderia ser de ordem diversa. Contudo, era preciso esclarecer a origem desses traumas psíquicos. Na carta que Freud escreve a Fliess em 21 de setembro de 1897, ele informa a impossibilidade de sustentar a ideia de que o evento desencadeador desse trauma seja a sedução da criança pelo pai. A frase clássica na qual Freud diz “não acredito mais em minha neurótica” (FREUD, 1986, p. 264) assinala um passo importante para a psicanálise, momento em que ele percebe que o que rege a produção sintomática é uma construção que não guarda nenhuma obrigação com a “verdade factual”.

Encontramos também na Conferência XXIII “Os caminhos da formação dos sintomas” (1996I), uma discussão acerca dos sintomas e dos mecanismos que atuam na sua formação. Freud discorre sobre o papel determinante das experiências sexuais infantis e coloca o problema de saber se o que os pacientes relatavam em análise eram fatos condizentes com a realidade. Justamente, ao constatar que era pouco provável que tantas crianças tivessem sido seduzidas por seus pais, ele cria o conceito de “fantasia”. Por essa via, Freud conclui que o trauma se remete a uma experiência infantil calcada em uma realidade psíquica, que incide sobre o indivíduo tanto quanto a realidade material. Segundo Freud (1996I, p.370, grifo do autor), é preciso considerar que “as fantasias possuem realidade *psíquica* em contraste com a realidade *material* e, gradualmente, aprendemos a entender que, *no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva*”.

Como explicar que a fantasia desempenhe papel substancial no processo de formação dos sintomas? A leitura de Freud nos indica que isso se deve aos afetos que são investidos ao longo desse processo, formando uma extensa e complexa cadeia de associações entre as diversas representações psíquicas, que fazem um movimento regressivo. Assim, ele explica que:

A importância do papel que desempenha a fantasia na formação dos sintomas tornar-se-á evidente para os senhores através disso que tenho a dizer-lhes. Expliquei como, em caso de frustração, a libido reveste de catexias, regressivamente, as posições que abandonou, às quais, porém, permaneceram aderentes determinadas parcelas da mesma libido. O que já expliquei não retiro nem corrijo; porém, devo inserir, aqui, um elo de ligação. Como encontra a libido o caminho para chegar a esses pontos de fixação? Todos os objetos e tendências que a libido abandonou, ainda não foram abandonados em todos os sentidos. Tais objetos e tendências, ou seus derivados, ainda são mantidos, com alguma intensidade, nas fantasias. Assim, a libido necessita apenas retirar-se para as fantasias, a fim de encontrar aberto o caminho que conduz a todas as fixações recalcadas (FREUD, 1996I, p.375).

As ideias defendidas por Freud sugerem que o processo de formação do sintoma transcorre por uma via regressiva, que a libido percorre quando o indivíduo experimenta uma frustração, retomando o investimento em objetos que foram sendo abandonados anteriormente, mas que continuam preservados na fantasia. Quanto às fantasias, Freud (1996I) demonstrou que elas têm uma função na formação sintomática, já que a libido “retira-se” para as fantasias. Mas, podemos observar também que a fantasia guarda algumas semelhanças com o próprio sintoma. Afinal, ambos são sustentados pela pulsão e, tal como acontece com os sonhos, guardam uma relação especial com o desejo.

Não pode haver dúvida de que suas fontes [das fantasias] situam-se nos pulsões [...] que não há dúvida de que ficar devaneando sobre imaginárias realizações de desejos traz satisfação. [...] As mais conhecidas produções da fantasia são os chamados 'devaneios' [...] satisfações imaginárias de desejos ambiciosos, megalomaníacos, eróticos, que florescem com tanto mais exuberância, quanto mais a realidade aconselha modéstia e contenção. A essência da felicidade da fantasia - tornar a obtenção de prazer, mais uma vez, livre da aprovação da realidade - mostra-se inequivocamente nesses desejos. Sabemos que tais devaneios são o núcleo e o protótipo dos sonhos noturnos. Um sonho noturno é, no fundo, nada mais do que um devaneio que se tornou aproveitável devido à liberação dos impulsos instintuais à noite, e devido ao fato de haver sido distorcido pela forma que assume a atividade mental à noite. Já nos familiarizamos com a ideia de que mesmo um devaneio não é necessariamente consciente - de que há também devaneios inconscientes. Tais devaneios inconscientes são, assim, a fonte não apenas dos sonhos noturnos, mas também dos sintomas neuróticos (FREUD, 1996I, p.372-373)

A função da fantasia no processo de formação do sintoma fica muito clara depois que Freud indica que é da fantasia que o sintoma neurótico, assim como os sonhos, retira material para sua atividade patológica. Faremos a partir deste ponto um exame das duas dimensões atuantes no sintoma.

3.1 AS DIMENSÕES DO SINTOMA

Passaremos agora a analisar o problema de pesquisa, delimitando as dimensões colocadas por Freud em diferentes momentos de seu percurso. Prosseguiremos a discussão acerca do sintoma através da leitura que Lacan realiza da obra de Freud, considerando-o em sua dimensão simbólica e a partir da satisfação paradoxal aberta pelo circuito pulsional.

Iniciaremos pela dimensão simbólica. Afirmamos, anteriormente, que Freud, ao escutar a histérica, elabora uma nova concepção de sintoma, na qual ocorre uma separação da teoria organicista. Ele confere ao sintoma *status* de atividade psíquica, e aponta para o trabalho simbólico, que está atuante no processo patológico ao constituir um representante de um desejo inconsciente.

O trabalho de simbolização, no entanto, não se restringe ao sintoma, mas está presente também em outros processos que nada têm de patológico, tal como o sonhar. Freud dedica-se a estudar o significado dos sonhos de forma minuciosa e atenta, tendo como resultado “A Interpretação dos sonhos” (1996j), em que se encontra a tese de que os sonhos consistem, primeiramente, na realização de um desejo. Para ele, “os sonhos não são destituídos de sentido, não são absurdos [...] são fenômenos psíquicos de inteira validade – realizações de desejos [...] produzidos por uma atividade mental altamente complexa” (FREUD, 1996j, p.157). Isso já aponta para uma concepção de que os sonhos exercem uma função na vida psíquica, por isso o material oriundo dessa atividade deve ser também trabalhado em análise.

Ao assegurar que os sonhos consistem na realização de um desejo, Freud (1996j, p. 169, grifo do autor) enfatiza: “o sentido de *todos* os sonhos é a realização de um desejo”, e a seguir se depara com a dificuldade de sustentar sua afirmação ante os sonhos de angústia. Sem negar a existência de tais sonhos, e admitindo que inicialmente eles possam dar-nos a impressão de uma incompatibilidade com a realização de um desejo, a teoria é mantida. Ele a sustenta, e coloca em cena duas questões. Assim, Freud indaga:

“Por que é que os sonhos de conteúdo irrelevante, que mostram ser realizações de desejos, não expressam seu sentido sem disfarces?” [...]. Descrevamos esse comportamento dos sonhos, que tanto carece

de explicação, como “o fenômeno da distorção dos sonhos”. Assim, nosso segundo problema é: qual a origem da distorção onírica? (FREUD, 1996j p. 170)

Tais indagações abrem caminho para que Freud chegue à concepção de que o desejo em questão no sonho passa por um processo de deformação para assim garantir algum acesso à consciência – é o que ele denominou “distorção onírica”. Ao seguir na trilha dessa operação, Freud aponta para a existência de duas instâncias psíquicas que atuam simultaneamente neste processo que consiste, basicamente, em arranjar meios de fazer com que o desejo seja satisfeito apesar da oposição de uma destas instâncias. Segundo Freud, há uma delas que atua como um crítico que tenta impedir que o desejo seja admitido na consciência, o que faz com que seja necessário todo um arranjo para burlar tal vigilância. Este arranjo se torna possível porque o desejo é submetido a um processo de distorção que o torna irreconhecível. Assim, nos termos de Freud:

O fato de os fenômenos da censura e da distorção onírica corresponderem uns aos outros nos mínimos detalhes justifica nossa pressuposição de que sejam similarmente determinados. Podemos, portanto, supor que os sonhos recebem sua forma em cada ser humano mediante a ação de duas forças psíquicas (ou podemos descrevê-las como correntes ou sistemas) e que uma dessas forças constrói o desejo que é expresso pelo sonho, enquanto a outra exerce uma censura sobre esse desejo onírico e, pelo emprego dessa censura, acarreta forçosamente uma distorção na expressão do desejo (FREUD, 1996j, p.178).

A resposta à primeira questão colocada por Freud encontra-se na afirmação da existência das duas instâncias psíquicas com atuação simultânea, porém distintas: enquanto o desejo provém de uma delas, a outra o censura – disso decorre o disfarce que se dá pela “distorção onírica”. Mas é preciso apresentar argumentos que nos permitam compreender melhor a segunda questão para saber qual a origem desta distorção.

Também em “Sobre os Sonhos” (1996m, p.196), Freud discute a importância dos sonhos na análise e, tal como ocorre com o sintoma, afirma que são “como uma espécie de *substituto* dos processos de pensamento repletos de significação e afeto [...], é errôneo encará-lo como puramente físico e sem sentido psíquico”. Freud reconhece que há casos em que o sonho se mostra indefinido e, aparentemente, sem relação direta com a realização de um

desejo. Entretanto, prossegue a afirmação delineada em “A Interpretação dos Sonhos”, sobre a existência de dois tipos de conteúdos que atuam na composição do sonho: um denominado “conteúdo manifesto” e outro chamado “conteúdo latente”. Por mais incongruência que esses dois tipos de conteúdo demonstrem, Freud afirma que ambos permanecem ligados por um encadeamento de elementos significativos no enredo do próprio sonho. Tal relação leva também a avaliar a atuação do “pensamento onírico” na produção do sonho. Ou seja, Freud (1901j, p.664, grifo do autor) conclui que esse fenômeno – o sonho – não resulta da junção de elementos aglomerados ao acaso e considera que “[...] a repetição de experiências semelhantes nos leva a suspeitar de que *existe uma relação íntima e regular entre a natureza ininteligível e confusa dos sonhos e a dificuldade de comunicar os pensamentos que estão por trás deles*”

Tendo como ponto de partida essa afirmação, podemos chegar aos mecanismos que operam no sonho sobrepondo elementos, distorcendo ideias e afetos, disfarçando o desejo que está em causa. Freud (1901j,p.668) diz que há “algum tipo de transformação” responsável por associar o material do sonho, de forma que o conteúdo latente fique ligado ao conteúdo manifesto por uma via de acesso indireto, causando a impressão de indefinição e confusão comum aos sonhos. Trabalho metódico para viabilizar a realização de um desejo inconsciente que se dá pela via da condensação e do deslocamento.

Mais uma vez, a leitura de “A Interpretação dos sonhos” nos traz informações que possibilitam examinar o processo de distorção a que é submetido o desejo que o sonho expressa. A complexidade desta operação pode ser constatada na afirmação de que “nunca é possível ter certeza de que um sonho foi completamente interpretado” (FREUD,1996j, p. 305), pois, segundo ele, há sempre a possibilidade de que existam outros sentidos para o sonho. A condensação é o que deixa em evidência a insuficiência do conteúdo manifesto ante a variedade de pensamentos oníricos, já que assinala que os sonhos são “curtos, insuficientes e lacônicos em comparação com a gama e riqueza dos pensamentos oníricos” (FREUD, 1996j, p.305).

Alguns pontos discutidos por Freud a respeito dos processos oníricos são

muito importantes para a discussão que faremos neste capítulo da dissertação, pois, como veremos, esses mesmos mecanismos estarão atuantes na produção do sintoma. Neste momento, vemos que Freud escolhe prosseguir a discussão ocupando-se das “condições psíquicas” presentes no período do sono que precede o sonho. Voltando-se para este tema, ele nos adverte que “estamos lidando com um processo inconsciente de pensamento” (FREUD, 1996j, p.307) com uma lógica própria, que não está submetida às premissas presentes nas atividades de percepção que ocorrem no período de vigília, tidos como conscientes. Assim, considera que:

[...] a formação dos sonhos baseia-se num processo de condensação. Como se dá a condensação? [...] a condensação se dá por *omissão*: quer dizer, que o sonho não é uma tradução fiel ou uma projeção ponto por ponto dos pensamentos do sonho, mas uma versão altamente incompleta e fragmentária deles. Essa visão, como logo descobriremos, é extremamente inadequada. Mas podemos tomá-la como ponto de partida provisório e passar para uma outra questão. Se apenas alguns elementos dos pensamentos do sonho conseguem penetrar no conteúdo do sonho, quais são as condições que determinam sua seleção? (FREUD, 1996j, p. 307).

Assim, essas palavras de Freud parecem sugerir que no processo de distorção do desejo, a condensação atua como uma espécie de edição dos pensamentos oníricos. Esse mecanismo seleciona partes que ficarão evidentes no conteúdo manifesto, enquanto outros são omitidos para que algo passe pela instância psíquica que realiza a censura do conteúdo latente. Mas, como isso é possível? A explicação para “seleção” dos elementos que passam por essa vigilância pode ser encontrada em outro mecanismo que compõe a produção onírica: o deslocamento.

Neste caso, algumas considerações de teor quantitativo devem ser feitas. Para falar do deslocamento, Freud explica que há uma diferença crucial entre “um processo psíquico da vida normal” e o que ocorre na formação dos sonhos. É que no primeiro caso os elementos de destaque são aqueles de maior “valor psíquico”, mas nos sonhos, isso não ocorre. O que acontece é praticamente o oposto, pois as representações de maior interesse são como que relegadas a um segundo plano, em que a atenção parece estar ausente. Ou seja, enquanto os elementos de menor importância figuram supervalorizados no conteúdo manifesto, aqueles que de fato importam recebem menor atenção e passam a

compor o conteúdo latente, subestimado (FREUD, 1996j). Vejamos como o deslocamento é descrito:

[...] no trabalho do sonho está em ação uma força psíquica que, por um lado, despoja os elementos com alto valor psíquico de sua intensidade, e, por outro, por meio de *sobredeterminação*, cria, a partir de elementos de baixo valor psíquico, novos valores, que depois penetram no conteúdo do sonho. Assim sendo, ocorrem *uma transferência e deslocamento de intensidades psíquicas* no processo de formação do sonho, e é como resultado destes que se verifica a diferença entre o texto do conteúdo do sonho e o dos pensamentos do sonho (FREUD, 1996j. p. 333, grifo do autor).

Desta forma, ainda a respeito da condensação, Freud (1996j, p.672) diz que se trata de “uma verdadeira compressão” que tem um efeito no qual “cada elemento do conteúdo do sonho é ‘sobredeterminado’ pelo material dos pensamentos oníricos”. Já o deslocamento é descrito enquanto realocação da energia que movimenta a economia psíquica no trabalho onírico, assim: “[...] *no decurso do trabalho do sonho, a intensidade psíquica se transfere dos pensamentos e representações a que propriamente corresponde para outros que, a nosso juízo, não têm nenhum direito a essa ênfase*” (FREUD, 1996j, p. 673, grifo do autor).

Depois de Freud, Lacan propõe uma articulação com a linguística de Saussure (1993), a partir da qual o signo linguístico define-se por ser a união de uma imagem acústica (significante) a um conceito (significado). Para Saussure, o significante e o significado estão inter-relacionados, mas sem qualquer razão ou “natureza” que explique essa união: o significante não apresentaria qualquer relação de semelhança com o significado, sendo a união deles totalmente eventual. O significante é sempre uma ideia relacionada à outra ideia, nunca à “coisa em si”. Portanto, o valor de um significante é dado em sua relação com os demais e não com um objeto real, material ou algo que se remeta a uma essência. A afirmação de Lacan é a de que as formações do inconsciente operam da mesma maneira, como as figuras de linguagem: através da substituição por semelhança (metáfora/condensação) ou por contiguidade (metonímia/deslocamento). Assim,

A *Verdichtung*, condensação, é a estrutura de superposição dos significantes em que ganha campo a metáfora [...]. A *Verschiebung* ou deslocamento é, mais próxima do termo alemão, o transporte da significação que a metonímia demonstra e que, desde seu

aparecimento em Freud, é apresentado como o meio mais adequado do inconsciente para despistar a censura (LACAN, 1998d, p.515).

O sonho e todas as atividades psíquicas a ele relacionadas foram escolhidos como modelo para examinar o processo de produção do sintoma. Embora no primeiro caso nada haja de patológico, o sonho pode ser tido como “protótipo” (para empregar uma expressão que Freud usou em outro artigo no qual comparou o estado de enamoramento e a psicose¹⁵) para a compreensão do que transcorre no segundo caso. Podemos ver que Freud, a partir da análise dos sonhos, prosseguiu no exame de processos psíquicos que possuem caráter patológico.

É o que pode ser encontrado na “Conferência XVII – O sentido dos sintomas” (1996n, p.20), em que Freud atesta que “[...] os sintomas neuróticos, como as parapraxias e os sonhos, possuem um sentido e têm íntima conexão com as experiências do paciente”. Tal afirmação não surge de maneira isolada, mas vem acompanhada de fragmentos de casos clínicos nos quais podemos notar, nesta produção subjetiva, a emergência de uma dimensão simbólica que faz referência ao desejo.

Apenas para exemplificar, podemos nos referir brevemente a um dos casos apresentados nesta conferência. Trata-se de uma senhora que chegou a Freud após ter recebido uma carta anônima (pela qual, de alguma maneira, ela fora responsável), em que acusava seu marido de tê-la traído. Mesmo a situação sendo esclarecida e provada a inocência de seu esposo, ela permanecia convicta da traição. Essa situação lhe causava sofrimento, e também aos seus familiares. Ao longo de sua análise, Freud percebe que o que estava em jogo era o amor que ela nutria pelo genro (casado com uma filha que lhe era muito próxima). Portanto, estava em questão a sua fidelidade para com o marido, sendo a condição de infiel invertida graças ao mecanismo da projeção. Ela acusava o marido para não acusar a si própria.

Se situarmos a problemática na prática clínica inaugurada por Freud (1996n), veremos, mais uma vez, que a etiologia do sintoma é sexual e que este tem valor enquanto atividade psíquica que expressa um conflito, uma experiência

¹⁵ Em “Mal estar na civilização” Freud afirma que “o sujeito apaixonado é o protótipo da psicose”

traumática vivida ainda na infância e que o sujeito escolheu esquecer. Não sendo um subproduto de alterações fisiológicas, o sintoma é o arranjo possível para o sujeito estar no mundo, é o que comunica sua questão fundamental: a sexualidade.

Como enuncia Lacan em “Conferência em Genebra sobre o sintoma” (1998c, p. 8), ao retomar dois textos de Freud de “Introdução à psicanálise”, “os sintomas têm um sentido e que só se interpretam corretamente [...] em função de suas primeiras experiências, isto é [...] a realidade sexual”. Sentido que só pode ser lido enquanto narrativa, pois é a partir do relato que se trata, já que somos atravessados pela linguagem.

Vimos anteriormente que durante a discussão a respeito dos mecanismos atuantes nos sonhos, Freud se referiu a uma “força psíquica” que impulsiona o processo de distorção do desejo. Vamos passar à análise desse elemento para apreender que efeito sua atuação tem sobre o desejo e que relação ele guarda com a produção dos sonhos e do sintoma. Dissemos também que essa ideia de “distorção onírica” foi o recurso encontrado por Freud para sustentar sua teoria do sonho como realização de um desejo frente aos sonhos de angústia. O que ele fez, então? Explicou que, nesses casos, o desejo encontra-se disfarçado para que possa suplantar a censura de uma das instâncias psíquicas. Diante dessa constatação, Freud (1996j, p.17) observou que “[...] nos casos em que a realização de desejo é irreconhecível, em que é disfarçada, deve ter havido alguma inclinação para se erguer uma defesa contra o desejo [...]”. Trata-se, portanto, de uma ação específica empreendida pelo sujeito: defender-se do próprio desejo. Veremos mais adiante como isso ocorre no sintoma.

Conforme dissemos anteriormente (ao discutirmos a etiologia sexual do sintoma), Freud afirmou no artigo “As neuropsicoses de defesa” (1996e) que tal conduta de defesa surgia ante as representações e os afetos a ela associadas, produzidas a partir de uma experiência que foi percebida como traumática. Esse trauma, sabemos, é psíquico e essa experiência é uma fantasia (ou seja, uma elaboração psíquica). Foi a essa tentativa de impedir que o desejo chegasse à consciência que ele atribuiu à ação de uma “força” específica,

efeito de “censura” que uma instância psíquica exerce sobre o desejo que se origina na outra.

Por outro lado, pensando em termos de economia psíquica, qual seria a origem da força que dá sustentação a este trabalho de produção sintomática? No artigo “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1996o, p.103), Freud afirma que “os sintomas são a atividade sexual dos doentes”, do que se pode apreender tanto a confirmação da etiologia sexual quanto a ideia segundo a qual o que, de fato, sustenta o sintoma é a pulsão sexual.

Neste artigo, podemos encontrar o conceito de pulsão como “representante psíquico de uma fonte endossomática” limítrofe entre o anímico e o físico. Assim, Freud faz a seguinte assertiva a respeito da relação entre pulsão sexual e sintoma:

[...] essas psiconeuroses, até onde chegam minhas experiências, baseiam-se em forças pulsionais de cunho sexual. Não quero dizer com isso apenas que a energia da pulsão sexual faz uma contribuição para as forças que sustentam os fenômenos patológicos (os sintomas), e sim asseverar expressamente que essa contribuição é a única fonte energética constante da neurose e a mais importante de todas, de tal sorte que a vida sexual das pessoas em pauta expressa-se de maneira exclusiva, ou predominante, ou apenas parcial, nesses sintomas (FREUD, 1996o, p.103).

Além de esclarecer que o sintoma é sustentado energeticamente pela pulsão sexual, mais adiante, Freud atesta também a existência de uma vinculação entre o sintoma e o desejo, que se entrelaçam em um complexo trabalho no qual o sintoma substitui o desejo recalcado no inconsciente de forma a “transcrevê-lo” para que seja possível representação diante do eu. Assim, podemos ler nas palavras de Freud:

[...] sintomas são um substituto – uma transcrição¹⁶, por assim dizer – de uma série de processos, desejos e aspirações investidos de afeto, aos quais, mediante um processo psíquico especial (*o recalçamento*), nega-se a descarga através de uma atividade psíquica passível de consciência (FREUD, 1996o, p.104).

16 Segundo o “Léxico – Dicionário de Português Online”, um dos sentidos do verbo transcrever é: “Ato de transpor (um texto) para outro gênero de registro ou de publicação” que possui como sinônimo o verbo “traduzir” (dentre outros). Esse verbo parece ser muito adequado para denotar a dimensão simbólica presente no sintoma. Disponível em <<https://www.lexico.pt/transcrever/>>.

A passagem da dimensão simbólica para a pulsional requer que nos defrontemos com uma questão. É que Freud, ao falar da neurose como “defesa”, faz isso se referindo inicialmente a um “afeto”. É a partir de “A Interpretação dos sonhos” (1996j) que notamos uma referência ao desejo. Mais tarde, no artigo “O Recalque” (2004a), ao delinear este mecanismo, ele se refere à pulsão e seus representantes. Nesse artigo, Freud faz importantes esclarecimentos acerca do recalque. É interessante observar a presença do conceito de recalque relacionado à pulsão e o sintoma como produto dessa tentativa que, inicialmente, visa impedir que o representante da pulsão, e o afeto a ele associado, cheguem à consciência. Segundo Freud (2004a, p.182), esse “representante pulsional” pode ser entendido “[...] como representação ou um grupo de representações investido pela pulsão com certa quantidade de energia psíquica (libido, interesse)”.

Para Freud ocorre um recalque original, em que é negado ao representante da pulsão acesso à consciência. Como o recalque *não elimina a pulsão*, há em desdobramento “uma fixação”, que produzirá um recalque secundário (“pós-calcar”, nos termos de Freud), com efeito sobre as cadeias associativas de representações derivadas da que foi originalmente recalçada. Estas cadeias associativas, que num primeiro momento, foram impedidas de acessar a consciência, encontram no inconsciente um terreno fértil para crescer. Entretanto, essa situação tem o seu equilíbrio ameaçado, pois, tal como foi demonstrado no processo de produção onírica, esse conteúdo recalcado é submetido à deformação e acaba por acessar a consciência. Freud assevera que

Durante a prática da técnica psicanalítica, solicitamos continuamente ao paciente que produza as representações derivadas do recalcado que possam, em decorrência de sua distância ou de sua deformação, passar livremente pela censura do consciente. [...] É a partir delas que podemos reconstituir uma tradução consciente do representante recalcado. [...] De modo análogo, os sintomas neuróticos devem ter preenchido as mesmas condições descritas acima, pois eles são os derivados do recalcado que, por meio dessas formações sintomáticas, afinal conquistaram o acesso à consciência [...] (FREUD, 2004a, p.180).

Portanto, vemos que Freud examinou a função do recalque no processo de produção sintomática e constatou que o sintoma é - tal como o sonho - um

dispositivo para fazer chegar à consciência o que foi “recalcado”, dessa vez por uma via patológica. Mas, de que “recalcado” Freud fala: do desejo ou do representante da pulsão? Nesse ponto, coloca-se o problema da distinção entre o desejo e a pulsão. Tendo em vista que essa questão é fundamental para situarmos a dimensão ética do sintoma, indagamos: quais as consequências desse movimento em que Freud deixa em suspensão a defesa ante um desejo, para se referir ao recalque de um representante da pulsão? Quais são as implicações para a dimensão ética do sintoma para que Freud desloque a ênfase da defesa do desejo para o privilégio que dá a pulsão ao falar do recalque?

Afirmamos que Freud fala do desejo em “A Interpretação dos sonhos” (1996j), ao elaborar a teoria de que os sonhos são a realização de um desejo. No capítulo VII – “A psicologia dos processos oníricos” – Freud delimita o conceito de desejo, situando-o enquanto força que move o aparelho psíquico na busca por uma satisfação experimentada antes pelo sujeito. Isso ocorre no contexto em que um acúmulo de energia produz uma excitação, que é percebida como desprazer, e com o intuito de fazer uma regulação econômica, visto que o aparelho psíquico busca realizar uma descarga pela via da “motilidade”. Uma particularidade dessa força é que ela possui caráter alucinatório, já que é impossível recriar a experiência em que as necessidades eram sentidas como plenamente satisfeitas. O que o aparelho psíquico faz é alucinar, a partir de traços mnêmicos dessa experiência primordial, uma sensação de satisfação, em que o desprazer estaria ausente. Para nos referir a esse processo de modo mais preciso, vamos recorrer a uma citação- em que Freud exprime com clareza o que ele designa como “desejo”:

[...] o aparelho [psíquico] obedeceu primeiro ao afã de manter-se na medida do possível isento de estímulos, e por isso em sua primeira construção adotou o esquema de aparelho reflexo que lhe permitia descarregar em seguida, por vias motrizes, uma excitação sensível que vinha de fora. Porém a pressão da vida perturba essa simples função; a ela deve o aparelho [psíquico] também o sopro para sua constituição posterior. A pressão da vida o assedia primeiro na forma das grandes necessidades corporais. A excitação imposta pela necessidade interior buscará drenar-se na motilidade que pode designar-se “alteração interna” ou “expressão emocional”. A criança faminta chorará ou esperneará indefesa. Porém a situação se manterá imutável, pois a excitação que parte da necessidade interna não corresponde a uma força que golpeia de maneira momentânea,

mas a uma que atua continuamente. Só pode sobrevir uma mudança quando por algum caminho (no caso da criança, pelo cuidado alheio) se faz a experiência da *vivência de satisfação* que cancela o estímulo interno. Um componente essencial desta vivência é a aparição de uma certa percepção (a nutrição, em nosso exemplo) cuja imagem mnêmica fica, daí em diante, associada a uma marca que a excitação produzida pela necessidade deixou na memória. A próxima vez que esta última sobrevenha, através do enlace assim estabelecido, se suscitará uma moção psíquica que vai querer investir de novo a imagem mnêmica daquela percepção e produzir outra vez uma percepção mesma, vale dizer, na verdade, restabelecer a situação de satisfação primeira. Uma moção dessa índole é o que chamamos desejo; a reaparição da percepção é a realização do desejo, e o caminho mais curto para este é o que leva desde a excitação produzida pela necessidade até a investidura plena da percepção. Nada nos impede supor um estado primitivo do aparelho psíquico em que esse caminho se transitava realmente dessa maneira e, portanto, o desejo terminava em um alucinar. (FREUD, 1985, p. 557-558, tradução livre do espanhol)

Mas, e quanto à pulsão? Freud delimita a pulsão nos seguintes termos:

Por ‘pulsão’ podemos entender, a princípio, apenas o representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação que flui continuamente, para diferenciá-la do ‘estímulo’, que é produzido por excitações isoladas vindas de fora. [...] Pulsão, portanto, é um dos conceitos da delimitação entre o anímico e o físico (FREUD, 2004b, p.106).

Notamos que a pulsão também guarda estreita relação com o corpo, mas sem se restringir ao aspecto biológico, pois o conceito “pulsão” implica em uma elaboração psíquica, na medida em que Freud o define como “representante psíquico de uma fonte endossomática” (FREUD, 2004b, p.106). Ou seja, há algo no corpo que, ao ser percebido, resulta em uma ação psíquica que consiste em produzir representantes disso que se fez notar. Diferente do que foi dito anteriormente com relação ao desejo, já não vemos na definição de pulsão referência à ideia de necessidade. E Freud completa: tal fonte “flui continuamente”, o que nos permite supor que a produção de representantes deve acompanhar essa dinâmica. Assim, lemos em Freud que o desejo é um conceito que se coloca enquanto força que empurra o aparelho psíquico na direção do princípio de prazer, ou em busca da satisfação; e que faz isso no intuito de restabelecer uma experiência primária que produziu traços mnêmicos, a partir dos quais o sujeito alucina. Parece haver uma relação entre o desejo e as necessidades corporais básicas, evidente no exemplo empregado por Freud para explicar o conceito.

Por sua vez, o conceito de pulsão vem articular uma atividade psíquica a uma atividade corporal, sem que isto torne a pulsão equivalente a uma necessidade ou ao instinto. Trata-se da percepção de uma atividade constante (que tem lugar no corpo – daí o termo “fontes endossomáticas”), com a qual o aparelho psíquico lida produzindo representantes. Além disso, podemos pensar ainda que se o desejo é, para Freud, algo da ordem do sexual, as pulsões são classificadas em diferentes tipos.

Podemos afirmar, partindo do artigo “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1996o), que se o sintoma retira da pulsão sexual a energia que o sustenta, é preciso não deixar de reafirmar que, assim como no sonho, permanece em causa no sintoma o desejo e o posicionamento do sujeito ante a sexualidade. E é nisso que consiste a dimensão simbólica do sintoma.

A discussão em torno do desejo enquanto componente crucial na produção sintomática foi retomada por Lacan no “Seminário 5- As Formações do Inconsciente” (1999). Nesse seminário ele aponta para o modo como a função do sintoma entra em questão na sua relação com o desejo. Podemos perguntar a partir da leitura de Lacan: para quê (ou a quê) serve o sintoma? Na lição XVIII ele faz observações acerca da relação entre desejo, sintoma e satisfação. Inicialmente, chama atenção para o fato de que o desejo é aquilo com o que Freud se deparou desde o início. Em seguida, outra afirmação coloca em evidência o fato de que Freud, ao incluir o sonho como material a ser trabalhado em análise, põe em cena não apenas o desejo mas também a “realização de um desejo” (LACAN, 1999, p. 341). E que importância isso tem?

Acontece que, segundo Lacan, o sintoma – tal como o sonho – é dispositivo de realização do desejo, mas que em comparação aos sonhos, opera “às avessas”, assim:

Ele [Freud] indicou, por outro lado, que no próprio sintoma há alguma coisa que se assemelha a essa satisfação, só que é uma satisfação cujo caráter problemático é muito acentuado, uma vez que é também uma satisfação às avessas (LACAN, 1999, p. 341).

Portanto, destaca-se uma primeira função do sintoma em sua relação com o desejo: satisfação. Por outro lado, a dinâmica dessa ligação entre desejo e sintoma se torna mais complexa à medida que Lacan avança, indagando agora

a própria função do desejo em sua relação com o objeto. Afinal, no que diz respeito ao desejo, trata-se de encontrar um objeto que, enfim, o satisfaça? Para Lacan, o que importa não é a satisfação, que poderia ser obtida no encontro de um objeto supostamente ideal, mas sim o fato do desejo “estar ligado a uma posição assumida pelo sujeito na presença desse objeto e a uma posição que ele assume fora de sua relação com o objeto” (LACAN, 1999, p. 341).

Podemos articular esses pontos de forma que nos permita prosseguir na discussão que nos dispomos a realizar neste capítulo. Até o momento, extraímos dessa lição a ideia de que o sintoma comporta uma satisfação controversa (ou, tal como nos sonhos, a realização de um desejo) e que, por outro lado, o desejo expõe algo que não é da ordem de uma satisfação e que se expressa na relação do sujeito com o objeto. Lacan (1999, p.335-337) afirma que “o sintoma apresenta-se sob uma máscara, apresenta-se de uma forma paradoxal” e assegura mais adiante que “a ideia de máscara significa que o desejo se apresenta sob uma forma ambígua”. Agora, cabe considerar se o desejo, revestido pelo sintoma, pode ser reduzido a um movimento de busca incessante de prazer.

Segundo Lacan (1999, p.338), esse revestimento peculiar – que é o sintoma – é o que guarda o desejo como interrogação, que preserva seu caráter enigmático, que “vai no sentido do reconhecimento do desejo [...] e que na medida em que se trata de um desejo de reconhecimento, ele é diferente do desejo [...] esse desejo é um desejo recalcado”. Aqui, podemos entender que ele se empenha em afirmar que o desejo com o qual Freud se deparou ao escutar suas pacientes não era qualquer desejo, mas sim um desejo inconsciente, e que, consiste em “um desejo de nada. Um desejo que não está ali, um desejo rejeitado, excluído” (LACAN, 1999, p. 338). Ora, acabamos de afirmar que esse desejo é desejo de reconhecimento e, por se tratar de um desejo recalcado, é um desejo de nada e produz a sensação de uma incoerência. Essa primeira impressão não se sustenta se considerarmos dois outros elementos: um faz referência ao objeto; o outro se remete à divisão, à fenda – “*Spaltung*”.

A referência ao objeto, já dissemos acima, toca na relação do sintoma com o desejo e também toca na questão da satisfação. Vimos que isso não resulta no encontro de um objeto ideal que satisfaça o desejo. Por quê? Justamente porque o desejo não se dá sem a falta. Assim,

É como se, a partir do momento em que se trata do desejo inconsciente, encontrássemos-nos na presença de um mecanismo, de uma *Spaltung* necessária, que faz com que o desejo [...] se apresente aqui como marcado não apenas pela necessidade desse intermediário para o outro como tal, mas também pela marca de um significante especial [...]. O caráter problemático desse significante particular, o falo, é o ponto onde está a questão, é onde está aquilo em que nos detemos [...]. Assim, sempre desconhecemos, até certo ponto, o desejo que quer fazer-se reconhecer, uma vez que lhe atribuímos seu objeto, quando, na verdade, não é de um objeto que se trata – o desejo é desejo daquela falta que, no Outro, designa um outro desejo (LACAN, 1999, p.340, grifo do autor).

Portanto, se considerarmos o que Lacan aponta nessa lição, vemos que a relação do sintoma com o desejo passa pela (im)possibilidade de satisfação, na medida em que o desejo inconsciente não é desejo por um objeto específico, mas sim, desejo de desejo, que não pode se dar sem que exista lugar para a falta. Aqui, é possível retomar tanto a questão de saber a que serve o sintoma, quanto àquela colocada por Freud ao afirmar o sintoma como algo decorrente de uma experiência sexual traumática. Isso só pode ser feito porque o elemento de confluência é o desejo. É porque o desejo não pode ser sem a falta e porque se remete ao significante específico, ao qual se reportou Lacan – o falo - e à posição assumida pelo sujeito ante este mesmo significante é que podemos voltar a tais questões.

Assim, podemos fazer, com relação a estas duas questões, algumas observações. A primeira é que parece possível supor, a partir das leituras de Freud e Lacan, que o sintoma serve a uma tentativa de satisfação – senão a pulsional (Freud), a de um desejo “de nada” (Lacan). De qualquer modo, trata-se de uma satisfação parcial, paradoxal e ambígua. A segunda observação é a de que a experiência sexual traumática parece ser aquela em que o sujeito percebe o caráter incestuoso do desejo que, em algum momento (na infância?) se dirige à mãe. A situação edipiana tem seu desfecho determinado pela castração, que instaura a falta e faz Lacan se referir ao falo como “intermediário para o outro como tal” (LACAN, 1999, p.340).

Ainda no Seminário “As formações do inconsciente” (1999), encontramos Lacan discutindo o Complexo de Édipo nas duas lições sobre “Os três tempos do Édipo”. Extraímos dessas lições algumas premissas importantes para a discussão que realizamos neste trabalho. A primeira delas é a de que o Édipo coloca a exigência de uma simbolização, na qual se espera que a criança seja inscrita como efeito da metáfora paterna. Para Lacan, trata-se de um mecanismo pelo qual a criança realiza a subjetivação dessa experiência primária, em que ela se encontra atada ao desejo da mãe. A premissa seguinte aponta para a função do falo enquanto objeto de desejo da mãe, o que faz com que a criança se volte para a coisa que a mãe deseja, já que ela “deseja o desejo da mãe”. O resultado é a inserção do pai como aquele que, no plano imaginário, priva a mãe do objeto de seu desejo – o falo. Isso só é possível quando a mãe é substituída pelo significante Nome-do-Pai na ordem simbólica, operação que ocorre com a mediação do pai como aquele que dá “suporte à lei”. A criança se vê frente a alguns impasses, ante os quais ela deverá se posicionar: *ser ou não ser o falo, e, depois, ter ou não ter o falo* (LACAN, 1999, p.192). Mas, afinal, qual a relação que isso tem com o sintoma?

Além do que já dissemos acerca do desejo enquanto componente crucial para o sintoma gostaríamos de destacar uma observação na lição X do Seminário 5 “As formações do inconsciente”:

De fato, a fórmula da metáfora que lhes forneci não quer dizer nada senão isto: existem duas cadeias, os S do nível superior, que são significantes, ao passo que encontramos abaixo deles tudo o que circula de significados ambulantes, porque eles estão sempre deslizando. A amarração de que falo, o ponto de basta, é tão somente uma história mística, pois ninguém jamais pode alinhar uma significação num significante. Em contrapartida, o que se pode fazer é atar um significante num significante e ver no que dá. Nesse caso, sempre se produz alguma coisa de novo, a qual, às vezes é tão *inesperada* quanto uma reação química, ou seja, o surgimento de uma nova significação (LACAN, 1999, p. 202, grifo nosso).

A partir dessas considerações iremos refazer nosso percurso, com o intuito de avaliar as articulações feitas até este ponto do trabalho. Procuramos analisar o conceito de sintoma em dois momentos distintos: no primeiro, voltamos à medicina e à psiquiatria para examinar os efeitos da adoção de paradigmas da ciência e suas reverberações no campo da clínica. Optamos por uma análise que tomou como direção uma via que coloca como problema central a função

do discurso, já que esses campos não se fundam sem produção discursiva e não podem prescindir dele para se sustentar enquanto tal. No segundo momento, empreendemos esforços para discutir o conceito de sintoma a partir da psicanálise, produzindo uma escrita que se tece a partir do trabalho de Freud e, posteriormente, de Lacan. Adotamos uma conduta que, embora tenha reconhecido alguns marcos cronológicos, orientou-se por uma temporalidade histórica, o que significa que nossos pontos de partida foram sempre os problemas e os impasses com os quais Freud se deparou ao longo de seu percurso.

Assim, analisamos o conceito de sintoma a partir de suas dimensões, a simbólica e a pulsional, em que se colocam a sua relação com o desejo e a posição assumida pelo sujeito, no que se refere à sexualidade. Vimos através do trabalho de Freud os processos psíquicos em jogo na produção onírica, que tais mecanismos operam também na produção sintomática. Ao contrário do sonho, a produção sintomática tem um teor patológico muito específico e, conforme disse Lacan, comporta uma “satisfação às avessas”. Mas, ainda uma última pergunta pode ser feita: se Freud diferencia o sonho do sintoma, afirmando que o primeiro não tem caráter patológico, embora os mecanismos de deslocamento e condensação estejam atuantes na produção de ambos, que critério Freud estabelece para delimitar uma atividade mental patológica? Ou, em outras palavras: o que faz do sintoma uma atividade psíquica de teor patológico?

Essas indagações podem ser colocadas a partir da constatação de que os sintomas, tanto quanto os sonhos, são atravessados por uma série de semelhanças. A partir da leitura de Freud, podemos apreender – com a leitura de “A interpretação dos sonhos” (1996j) – que ambos configuram esforços para lidar com o impedimento de um desejo inconsciente, cuja finalidade é burlar a censura e fazê-lo acessar a consciência, o que, de algum modo, resultaria em satisfação. Por isso, esse desejo inconsciente é submetido a processos de distorção que o tornam irreconhecível. Tais processos são viabilizados por mecanismos muito específicos, que Freud chamou de deslocamento e condensação. Além disso, vimos que para Freud (1996j), os sintomas, tal como os sonhos, são dotados de lógica e sentido. Até aqui, o que vale para os

sonhos (atividade mental que Freud considera “normal”), é perfeitamente aplicável aos sintomas. Poderíamos argumentar que o sintoma tem sua raiz na experiência traumática, que é sexual, e que isso já seria um traço de distinção do sonho. Entretanto, há os sonhos de angústia em que o trauma é revivido, e que, ainda assim, seguem na direção da realização de um desejo.

Por sua vez, Lacan (1999, p.335), diz, na lição XVIII: “chamo aqui de sintoma [...] tanto o sintoma mórbido quanto o sonho, ou qualquer coisa analisável. O que chamo de sintoma é aquilo que é analisável”. Essa assertiva parece aproximar ainda mais sonho e sintoma, a não ser pelo uso do termo “mórbido”. De qualquer modo, parece possível pensar que há algo de sintomático também nos sonhos. Ele retoma de Freud a relação do desejo com o sintoma, conferindo ao desejo uma função primordial na produção do sintoma, afirmando se tratar de um processo de satisfação do desejo inconsciente (aquele que foi “banido”), mas que tem um “caráter problemático acentuado” (LACAN, 1999p. 331). Desta vez, uma palavra que qualifica o sintoma como algo que comporta uma questão, ou um problema. Há um problema com o qual o sujeito está às voltas?

Assim, tanto em Freud quanto em Lacan, podem ser encontradas vias que aproximam sintoma e sonho, pois o que está em jogo é o desejo inconsciente. Mas isso, para Freud, não faz com que sejam o mesmo. Novamente, indagamos: o que há de específico no sintoma? Encontramos na “Conferência XXIII – Os caminhos da formação dos sintomas” (1996l) importantes observações de Freud que esclarecem aspectos do processo de produção sintomática. O caráter conflituoso do sintoma ganha ênfase ao lado de seu teor de “compromisso”, mas aparece um novo componente: a libido insatisfeita. Mais uma vez, a satisfação é o que está na base do surgimento do sintoma. Assim, lemos que:

Já sabemos que os sintomas neuróticos são resultado de um conflito, e que este surge em virtude de um novo método de satisfazer a libido. As duas forças que entraram em luta encontram-se novamente no sintoma e se reconciliam, por assim dizer, através do acordo representado pelo sintoma formado. É por essa razão, também, que o sintoma é tão resistente: é apoiado por ambas as partes em luta. Também sabemos que um dos componentes do conflito é a libido insatisfeita, que foi repelida pela realidade e agora deve procurar outras vias para satisfazer-se. Se a realidade se mantiver

intransigente, ainda que a libido esteja pronta a assumir um outro objeto em lugar daquele que lhe foi recusado, então a mesma libido, finalmente, será compelida a tomar o caminho da regressão e a tentar encontrar satisfação, seja em uma das organizações que já havia deixado para trás, seja em um dos objetos que havia anteriormente abandonado (FREUD, 1996I, p.78).

Além desses fatores, vemos também que há um movimento de regressão empreendido pela insatisfação libidinal até um ponto de fixação, que pode ser em uma das organizações sexuais infantis ou em um dos objetos parciais pelos quais havia passado. Lembremos que no artigo “O Recalque” (2004b), Freud afirmou que o recalque não extinguiu o representante da pulsão, e que o recalque original fundava um ponto de fixação que passava a atuar como polo de atração para as associações de representação ligadas àquela que foi censurada nesse recalque original. A libido, em busca de satisfação, regride até esse ponto de fixação. No entanto, isso basta para garantir a obtenção de prazer?

Segundo as indicações de Freud (1996I, p.368), o intuito do sintoma fracassa, e a libido continua insatisfeita, pois ele atesta que “o sintoma se constitui em algo irreconhecível para o indivíduo que, pelo contrário, sente a suposta satisfação como sofrimento e se queixa deste”. Sabemos, por tudo o que foi exposto anteriormente, que essa estranheza do sintoma se deve aos mecanismos de distorção do desejo – deslocamento e condensação, mas é exatamente nisso que reside algo ao qual Freud, mais tarde, dedica atenção. Vejamos como Freud indicou uma possibilidade de considerar esse teor “estranho” do sintoma, que está associado também à satisfação paradoxal da qual já falamos. Podemos constatar que Freud continua discutindo essa questão, buscando diferenciar o sintoma de outra atividade mental não patológica. No texto “Inibições, sintomas e ansiedade” Freud faz a seguinte afirmação:

A inibição tem uma relação especial com a função, não tendo necessariamente uma implicação patológica. Podemos muito bem denominar de inibição a uma restrição normal de uma função. Um sintoma, por outro lado, denota a presença de um processo patológico. O uso linguístico, portanto, emprega a palavra *inibição* quando há uma simples redução de função, e *sintoma* quando uma função passou por alguma modificação inusitada ou quando uma nova modificação surgiu desta (FREUD, 1996a, p.91, grifo do autor).

Encontramos nesse texto a tentativa de Freud para assinalar a diferença entre sintoma e inibição, num esforço para marcar o aspecto patológico do sintoma, que se torna evidente através da produção de algo inesperado, que ele denominou de “modificação inusitada”. Podemos apreender dessa afirmação que nem toda inibição pode ser qualificada de sintoma, pois nem toda inibição será patológica. Por outro lado, todo sintoma constitui um processo patológico que, para Freud, é da ordem do *inusitado*.

Esse caráter inusitado do sintoma é também encontrado em Lacan quando examina a questão que seu conceito “metáfora paterna” (presente no Seminário 5 – “As formações do inconsciente”), que consiste na impossibilidade de amarrar ao significante uma significação. Sobre o inconsciente, ele demarca a seguinte observação:

Li com surpresa em um escrito bem apadrinhado que o inconsciente é monótono. [...] rogo-lhes simplesmente que abram as três primeiras obras de Freud, as mais fundamentais, e que vejam se é a monotonia que caracteriza a análise dos sonhos, dos atos falhos e dos lapsos. Bem ao contrário, o inconsciente parece-me não somente extremamente particularizado, mais ainda do que variado, de um sujeito a outro, como ainda bem esperto e espirituoso, pois é justamente ali que o chiste revelou suas verdadeiras dimensões e suas verdadeiras estruturas (LACAN, 2001, p. 13).

Diante disso, ao afirmar a linguagem e a fala como cruciais nas questões psíquicas, podemos nos reportar à discussão realizada nos primeiros capítulos dessa dissertação, em que foi feita uma análise do movimento de adoção – por parte da medicina e da psiquiatria - de paradigmas da ciência. Conforme buscamos demonstrar a ciência prescinde da palavra, como não questionar também a viabilidade de um sistema estatístico-descritivo que ancora os manuais psiquiátricos contemporâneos? Há neste sistema lugar para o que Freud chamou de *inusitado* e, Lacan, de *inesperado*?

4 A DIMENSÃO ÉTICA DO SINTOMA

Este capítulo tem o propósito de realizar uma discussão voltada para outra dimensão do sintoma: aquela que concerne à ética. Embora venhamos a examinar mais detidamente a relação do sintoma com a ética neste capítulo, a discussão atravessa a dissertação desde o início. A proposição do tema da dissertação é, por si mesma, uma referência à ética, já que o problema do qual partimos – o que é o sintoma? – abre caminho para discutir os desdobramentos de tomá-lo como produção do sujeito (efeito de uma questão) ou como a causa do sofrimento do indivíduo. Em outras palavras, as implicações de se considerar o sintoma como um efeito são bem distintas de pensá-lo como a causa de um transtorno que precisa ser controlado. Tendo já demonstrado nos capítulos anteriores que o ato de atribuir ao sintoma a causa de um comportamento disfuncional ou desadaptado tem consequências que podem resvalar para o silenciamento do sujeito, buscaremos nessa etapa situar a problemática do sintoma diretamente no campo da ética, seja devido ao clínico fazer uma escolha pela qual deve responder, ou seja porque, a partir dessa escolha, o sujeito terá (ou não) chance também de se implicar em suas escolhas, sobretudo as sintomáticas.

Assim, a referência para discutir essa outra dimensão do sintoma será o Seminário 7 – “A ética da psicanálise” (2008), em que Lacan busca em Sófocles elementos para delinear a ética própria ao campo da psicanálise. Isso nos permitirá pensar o sintoma em sua relação com o desejo, pelo qual o sujeito deve responder de alguma forma.

Uma das principais questões tratadas no capítulo 3 foi a dimensão pulsional do sintoma. Vimos com Freud (2004b) que a pulsão “flui continuamente”: que consequências podem ser extraídas dessa afirmação? Mais tarde, em “Além do princípio do prazer” (2010a), Freud desenvolveu os conceitos de “pulsão de morte” e “pulsão de vida”. Ele o fez a partir da discussão em torno da teoria de que a vida psíquica se orienta em direção à satisfação pulsional – ou redução do nível de tensão percebida pelo organismo a níveis aceitáveis, atuando segundo o que ele chamou de “princípio do prazer”. Observamos que Freud insere o fator econômico para explicar a dinâmica de importantes processos

psíquicos, que guardam estreita relação com a pulsão e, em consequência, com o sintoma. Assim, Freud (2010a, p.121) assegura que há também uma operação quantitativa em andamento na vida psíquica: “decidimos relacionar prazer e desprazer com a quantidade de excitação (...) existente na vida psíquica, de tal modo que o desprazer corresponde a um aumento, e o prazer, a uma diminuição dessa quantidade”. Entretanto, não deixa de fazer uma ressalva: o princípio do prazer não assume o controle de tais processos, pois existem outras forças que inviabilizam o pleno domínio do princípio do prazer.

Instaura-se, portanto, um conflito entre dois campos de força, cujo resultado poderá ser a modificação do “princípio do prazer” em “princípio de realidade”. Segundo Freud (2010a, p.123-124), tal transformação ocorre em função da pulsão de “autoconservação do Eu”, que promove um adiamento da obtenção de prazer, inclusive renunciando à satisfação - sempre que se apresenta como possível - resultando “num longo rodeio para chegar ao prazer”. Para a discussão que propomos sobre a dimensão ética do sintoma, é importante a observação que Freud faz em relação às fontes de desprazer que tem origem nos “conflitos e cisões dentro do aparelho psíquico” e será alvo de sua atenção de forma mais minuciosa. Em geral, ele toma exemplos de conflitos instaurados entre o Eu e o mundo externo como protótipos de um estudo a respeito de conflitos entre os sistemas que compõem o aparelho psíquico: é o que acontece com a neurose de guerra, da qual falaremos mais adiante. O que gostaríamos de destacar neste momento, diz respeito à satisfação substitutiva, sobre a qual Freud diz que:

No meio do caminho sempre volta a suceder que determinados pulsões ou partes de pulsões resultem incompatíveis, nas suas metas ou exigências, com as restantes, capazes de unir-se na abrangente unidade do Eu. Então elas são segregadas dessa unidade por meio do processo de recalque, mantidas em graus inferiores do desenvolvimento psíquico e têm cortadas, de início, as possibilidades de satisfação. Se depois conseguem, mediante desvios, obter uma satisfação direta ou substitutiva, algo que ocorre facilmente com as pulsões sexuais recalçadas, tal sucesso, que de outro modo teria sido uma ocasião de prazer, é sentido como desprazer pelo Eu. Em consequência do velho conflito que resultou em recalque, o princípio do prazer experimentou nova ruptura, justamente quando certas pulsões laboravam, conforme o princípio, para obter novo prazer. Os detalhes do processo pelo qual o recalque transforma uma possibilidade de prazer numa fonte de desprazer ainda não são bem compreendidos ou não podem ser claramente expressos, mas

certamente todo desprazer neurótico é desse tipo, é prazer que não pode ser sentido como tal (FREUD, 2010a, p. 124).

Ao escutar em sua clínica indivíduos que chegaram até ele em decorrência do sofrimento causado pela guerra, Freud notou que esses pacientes encontravam maneiras de repetir experiências desagradáveis, por exemplo, através dos sonhos em que reviviam o terror¹⁷ da guerra. Como então sustentar a tese da “Interpretação dos Sonhos” (1996j), segundo a qual o sonho é a realização de um desejo? Havia algo de prazeroso nos sonhos destes pacientes?

Ao analisar essas questões, Freud (2010a, p.128) nos alerta para o perigo de atribuir a esses sonhos o caráter marcante da própria experiência, uma vez que isso, para ele, seria “compreender mal a natureza dos sonhos”. O que está em jogo é um processo delicado em que, além dos sonhos, outras funções psíquicas sofrem alterações relacionadas ao trauma. Para circunscrever tal processo, Freud compara a neurose de guerra, a neurose traumática e a histeria; elencando pontos em comum entre os quadros clínicos de ambos. Dentre tais aspectos, está justamente a revivescência, nos sonhos, da cena traumática que desencadeou o sofrimento psíquico. Assim, podemos supor que é a fixação no trauma o fator que denota o caráter patológico do quadro clínico descrito por Freud. O efeito primeiro dessa experiência, ao que parece, é perturbar o equilíbrio das forças atuantes na psique – o princípio do prazer tem de dar conta das modificações provocadas pelo trauma e, por isso, as funções psíquicas (tal como o sonho) serão alteradas. Segundo Freud em “Inibições, sintoma e angústia” (1996a), o sintoma implica em uma modificação inusitada das funções psíquicas, o que parece corroborar a tese aqui apresentada.

Essa modificação inusitada que Freud observou demonstra, como dissemos no terceiro capítulo, o teor patológico do processo em curso. Mas não podemos esquecer que há um retorno à cena traumática efetuado pela via dos sonhos, e é o que Freud (2010a) constatou na análise dos pacientes que reviviam o terror

¹⁷ Freud (2010a, p.126) diferencia medo, angústia e terror. Segundo ele, a angústia implica em uma preparação para uma ameaça ainda que desconhecida; o medo ocorre na presença de um objeto ameaçador e, por fim, o terror é “o estado em que ficamos ao correr um perigo sem estarmos para ele preparados”. Esse parece ser o afeto presente no caso da neurose de guerra, pois Freud afirma que há na angústia algo que protege contra o terror.

da guerra em “sonhos traumáticos”. Assim, que relação há entre essa modificação e a repetição da cena traumática?

Freud sustentou que o princípio do prazer é uma tentativa de restaurar uma condição anterior à vida (que é da ordem do “inanimado”) em que não há percepção do desprazer. Em suas palavras o princípio do prazer é a “expressão da inércia conservadora do ser vivente” (FREUD, 2010a, p. 148). A esse esforço Freud associou um mecanismo que denominou “compulsão à repetição” e que de modo algum se restringe aos casos de neurose. Freud relatou esse processo em uma situação bem diversa. Após observar a brincadeira de uma criança que se viu privada da companhia de sua mãe, afirmou que a repetição tem também o propósito de tornar suportável o que foi percebido como desprazer. Surge o “*Fort Da*” como movimento emblemático pelo qual a criança brincava de fazer desaparecer e (re)aparecer um carretel: ausência e presença repetidas no jogo infantil com o intuito de controlar a experiência de assistir ao desaparecimento da mãe, e a seu posterior retorno (FREUD, 2010a, p.146)¹⁸. Vejamos,

[...] Ele [o jogo] se relacionava à grande realização cultural da criança, a renúncia pulsional (isto é, a renúncia à satisfação pulsional) que efetuara ao deixar a mãe ir embora sem protestar. [...] A criança não pode ter sentido a partida da mãe como algo agradável ou mesmo indiferente. Como, então, a repetição dessa experiência aflitiva, harmonizava-a com o princípio de prazer? [...] No início, achava-se numa situação *passiva*, era dominada pela experiência; repetindo-a, porém, por mais desagradável que fosse, como jogo, assumia papel ativo (FREUD, 2010a, p. 26-27, grifo do autor).

Assim, Freud parece indicar que a compulsão à repetição é um dos mecanismos que nos permite lidar com uma experiência traumática. O aspecto cultural designado por Freud, nessa brincadeira infantil, consiste em abrir mão da satisfação pulsional ou adiar essa satisfação, tal como dissemos anteriormente. Se buscarmos os efeitos desse posicionamento de Freud, veremos que, paradoxalmente, ele nos diz que tanto na neurose quanto no caso da criança, a repetição “exibe em um alto grau um caráter impulsivo e,

¹⁸“No caso do jogo infantil, acreditamos perceber que a criança também repete a vivência desprazerosa porque sua atividade lhe permite lidar com a forte impressão de maneira mais completa do que se apenas a sofresse passivamente. Cada nova repetição parece melhorar o controle que ela busca ter sobre a impressão, e também nas vivências prazerosas a criança não é saciada pelas repetições, insistindo implacavelmente para que a impressão seja igual” (FREUD, 2010a, p.146).

quando se acham em oposição ao princípio do prazer, um caráter demoníaco” (FREUD, 2010a, p. 146). Mas como o sujeito poderia renunciar aquilo que há de impulsivo ou demoníaco na repetição? Tais questões serão retomadas mais adiante. Por ora, nos deteremos um pouco mais no exame da compulsão à repetição, para depois discutir seus efeitos e implicações na clínica.

No artigo “Repetir, Recordar e Elaborar” (2010b), Freud faz uma revisão das mudanças pelas quais a psicanálise passou e de como - enquanto técnica - foi sofrendo alterações que implicavam uma nova direção no processo de análise. Para tanto, Freud faz uma articulação entre a formação dos sintomas, o recalque, a recordação, a repetição em ato e, por fim, a elaboração. E nos diz que, se no início a hipnose era empregada com o intuito de fazer o analisando recordar a situação, em que supostamente havia se originado o sintoma - acompanhado da descarga (“ab-reação”) que caracterizava o processo pelo qual tais origens tornavam-se conscientes - posteriormente, com o abandono da hipnose e o emprego da associação livre, o que emergia enquanto problema era como operar com a resistência e com a transferência. É nesse contexto que Freud afirma que, por efeito da resistência, ao invés de recordar o conteúdo recalcado, o analisando passa a repetir em ato “algo que não poderia jamais ser ‘esquecido’, pois em tempo algum foi percebido, nunca foi consciente (...)” (FREUD, 2010b, p. 148). Assim, Freud nos diz que estaremos diante de uma “compulsão à repetição” e lança a questão:

[...] o que repete e atua ele [o analisando] de fato? [...] ele repete tudo o que, das fontes do recalcado, já se impôs em seu ser manifesto: suas inibições e atitudes inviáveis, seus traços patológicos de caráter. Ele também repete todos os seus sintomas durante o tratamento (FREUD, 2010b, p. 151).

Isso assume importância particular quando Freud insere a transferência na dinâmica dessa “compulsão à repetição”, resultando no que denominou “neurose de transferência”. Ante a impossibilidade de que o recalcado seja lembrado pelo paciente, Freud afirma que este “[...] é obrigado a repetir o material recalcado como experiência contemporânea, em vez de, como o médico preferiria ver, recordá-lo como algo pertencente ao passado” (FREUD, 2010a, p.29). Uma nova questão pode ser inserida neste ponto do debate: se o que o sujeito repete e atua na análise são os seus sintomas, podemos falar em

sintoma fora da relação transferencial com o analista? A partir do que Freud afirma em “Além do princípio do prazer” (2010a), não parece viável pensar em sintoma sem transferência:

Essa reprodução, que surge com uma fidelidade que não fora desejada, sempre tem por conteúdo algo da vida sexual infantil, ou seja, do complexo de Édipo e seus derivados, e invariavelmente se dá no âmbito da transferência, isto é, da relação com o médico. Se o tratamento chega a esse ponto, pode-se dizer que a antiga neurose foi substituída por uma nova “neurose de transferência” (FREUD, 2010a, p. 131).

Portando, para Freud, o sujeito sob transferência repete em ato os seus sintomas que, no contexto da análise, são dirigidos ao analista ante a impossibilidade de recordar o conteúdo recalcado. Mas, perguntamos, que força o compele à repetição? Novamente, encontramos uma observação feita por Freud que direciona a discussão e nos permite pensar nas implicações éticas envolvidas neste processo. Vejamos:

Mas de que modo se relacionam o caráter impulsivo e a compulsão à repetição? Aqui se nos impõe a ideia de que viemos a deparar com uma característica geral das pulsões, talvez de toda a vida orgânica, que até agora não foi claramente reconhecida ou, pelo menos, explicitamente enfatizada. *Uma pulsão seria um impulso, presente em todo organismo vivo, tendente à restauração de um estado anterior*, que esse ser vivo teve de abandonar por influência de perturbadoras forças externas, uma espécie de elasticidade orgânica ou, se quiserem, a expressão da inércia da vida orgânica (FREUD, 2010a, p. 148, grifo do autor).

Já vimos, no capítulo anterior, que a força que sustenta o sintoma é a pulsão sexual (FREUD, 1996o). Agora, tal citação de “Além do princípio do prazer” (2010a, p.148) nos permite indagar se é justamente por ser sustentado pela pulsão sexual que o sintoma comporta algo de repetitivo, já que Freud afirma que há na pulsão uma inclinação “tendente à restauração de um estado anterior”. Por outro lado, ele postula também que a compulsão à repetição não pode ser encontrada na pulsão sexual: “quanto às pulsões sexuais não poderemos demonstrar o caráter de compulsão à repetição que inicialmente nos levou a detectar as pulsões de morte” (*ibid*, p.165). Assim, nos deparamos com um impasse: se é da pulsão sexual que o sintoma retira energia para se sustentar como tal e, mais tarde, Freud falou de forma inespecífica da pulsão como impulso restaurativo (ao mesmo tempo em que articula a tese de que há

dois tipos de pulsão – de morte e de vida), até que ponto é possível atribuir ao sintoma um caráter conservador? Ele mesmo alimenta a discussão:

A objeção natural de que pode haver, além das pulsões conservadoras que obrigam à repetição, também outras, que impelem à criação de novas formas e ao progresso, não pode ser desconsiderada; mais adiante ela será incluída em nossas ponderações. No momento somos tentados a levar às suas últimas consequências a hipótese de que todos as pulsões querem restabelecer algo anterior (FREUD, 2010a, p. 148).

A saída apresentada por Freud é realizada em referência ao mito pelo qual, na obra “O Banquete” (380 a.C.), Platão explica a origem do amor e que, para Freud, “trata também de sua mais importante variação relativa ao objeto” (FREUD, 2010a, p. 167). Tal mito é aquele que afirma a existência do “homem-fêmea” – ser em que ambos os sexos estavam presentes, em quem tudo era duplicado. Até que Zeus decide partir esses seres e, a partir de então, as duas metades passam a procurar-se com o intuito de fundir-se. Segundo Freud, essa pode ser a tendência à restauração presente na pulsão sexual. Importa também considerar que Freud atribui à pulsão sexual uma função desestabilizadora:

Também nos chama a atenção que as pulsões de vida tenham bem mais a ver com nossa percepção interna, pois se apresentam perturbando a paz, trazendo tensões cuja eliminação é sentida como prazer, enquanto as pulsões de morte parecem realizar seu trabalho discretamente (FREUD, 2010ap. 171).

Isso tanto pode indicar que o mal-estar causado pelo sintoma tem uma função pouco conservadora quanto indicar seu aspecto paradoxal, já que se trata de uma satisfação substitutiva que carrega consigo um desprazer (Freud afirma, como vimos, que a satisfação neurótica é uma satisfação que não pode ser percebida enquanto tal). Assim, se essa hipótese estiver correta, o caráter mórbido do sintoma pode ser pensado em relação à fixação ao trauma, mas comportando ao mesmo tempo algo que torna inviável essa quietude pela qual trabalha o princípio do prazer.

A esse respeito, podemos buscar também em Lacan elementos para analisar a compulsão à repetição. Lacan faz, no “Seminário 11 - Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” (1979), duas importantes observações que se relacionam com a repetição. Primeiramente, afirma que a noção de repetição

não é um equivalente de reprodução. Em suas palavras: “Eu lhes mostro que, nos textos de Freud, repetição não é reprodução. [...] A repetição aparece primeiro numa forma que não é clara, que não é espontânea, como uma reprodução, ou uma presentificação, *em ato*” (ibid, p. 52). A outra observação é sobre a diferenciação entre o ato e o comportamento: “um ato, um verdadeiro ato, tem sempre uma parte de estrutura, por dizer respeito a um real que não é evidente” (ibid, p. 52). Examinemos essas duas observações.

Vimos, com Freud, que o sujeito repete seus sintomas em ato e que isto deve ser inserido na dinâmica do tratamento como produto da resistência. Mas, qual é, afinal, o ponto de articulação entre a pulsão, a repetição e o princípio do prazer? É Lacan (1979) quem, por sua vez, retoma o conceito “pulsão” (Trieb) de Freud, mas dá ao trabalho uma direção própria.

Nas lições XIII e XIV do Seminário 11 – “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” Lacan se detém sobre a escrita de Freud, sobretudo no artigo “Pulsões e destinos da pulsão”. Lacan (1979, p.157) afirma que a “constância do impulso proíbe qualquer assimilação da pulsão a uma função biológica, a qual tem sempre um ritmo”. O desdobramento dessa observação toca na questão da satisfação e para falar dela, Lacan recorre à imagem de uma fera (que, para ele, expressa bem o teor mitológico da pulsão) que sai de seu esconderijo em busca de saciar a sua fome e que, tendo encontrado sua presa, está satisfeita. Mas, se Lacan recorre a essa imagem, é para abandoná-la logo adiante, trazendo a sublimação como destino possível à pulsão: “a sublimação é também satisfação da pulsão, sendo que *zielgehemmt*, inibida quanto a seu alvo – sendo que ela não o atinge” (LACAN, 1979, p. 157, grifo do autor). Assim, Lacan parece indicar que, no que tange à pulsão, é preciso atentar para a diferença entre alvo e objeto. E mais, em termos de satisfação pulsional, é possível que isso ocorra por uma via surpreendente – como é o caso da sublimação, que opera uma inibição quanto ao alvo para satisfazer a pulsão.

A análise de Lacan (1979, p.158, grifo do autor) prossegue corroborando o caráter paradoxal da satisfação pulsional, já que, para ele “(...) os pacientes não se satisfazem, como se diz, com o que são (...) eles dão satisfação a alguma coisa”. Perguntamos, diante disso: que coisa é essa? Para seguir

acompanhando Lacan, temos de estar dispostos a reconhecer que ele aponta para um elemento que, embora Freud tenha abordado, vai ganhar cores mais intensas a partir de agora. Vejamos o que Lacan nos trouxe:

[...] se nos referimos à pulsão, é na medida em que é no nível da pulsão que o estado de satisfação deve ser retificado. Esta satisfação é paradoxal. Quando olhamos de perto para ela, apercebemo-nos de que entra em jogo algo de novo – a categoria do impossível. Ela é, no fundamento das concepções freudianas, absolutamente radical. O caminho do sujeito – para pronunciar aqui o termo em relação ao qual, só, pode situar-se a satisfação – o caminho do sujeito passa entre duas muralhas do impossível. [...] o oposto do possível é seguramente o real, seremos levados a definir o real como impossível. Não vejo aí, quanto a mim, obstáculo, e isto tanto menos quanto em Freud, é desta forma que aparece o real, a saber, o obstáculo ao princípio do prazer. [...] o real se distingue, como eu disse da última vez, por sua separação do campo do princípio do prazer, por sua dessexualização, pelo fato de que sua economia, em seguida, admite algo de novo, que é justamente o impossível. [...] A pulsão apreendendo seu objeto, aprende de algum modo que não é justamente por aí que ela se satisfaz. Pois se se distingue, no começo, da dialética da pulsão, o *Not* e o *Bedürfnis*, a necessidade e a exigência pulsional – é justamente porque nenhum objeto de nenhum *Not*, necessidade, pode satisfazer a pulsão (LACAN, 1979, p.158-159).

Se retomarmos a questão anterior, àquela que indaga, nos termos de Lacan, a que “coisa os pacientes dão satisfação”, podemos inferir aqui que não se trata de algo da ordem da necessidade. O princípio do prazer não organiza a vida psíquica de forma a reduzi-la a uma experiência de completude em que o objeto adequado à necessidade deve ser encontrado. Ao contrário, no que se refere à pulsão, Lacan (1979) afirma a indiferença quanto ao objeto e a existência das muralhas (“do impossível”) que se levantam ante o ideal do princípio do prazer, a plenitude. Essas muralhas do impossível – que lemos como a falta e o real que se impõem ao sujeito – falam da impossibilidade de encontrar um objeto que suspenda o desejo. Lacan conclui que nenhum objeto, de necessidade alguma, é equivalente à pulsão. Ele introduz aqui algo que chama de “dessexualizado” e marca uma separação: o real não está inscrito no campo do princípio do prazer.

Tudo isso pode nos colocar diante de algumas considerações a respeito do sintoma. Para analisar a relação do sintoma com esse “dessexualizado” temos de fazer algumas considerações. Dissemos anteriormente que Freud afirmou em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”(1996o) que o sintoma retira da

pulsão sexual a energia que o sustenta, e, em “Além do princípio do prazer”(2010a), que a pulsão de vida se opõe ao princípio do prazer. Agora, com Lacan (1979) vimos que, pela via da satisfação pulsional, o sujeito se depara com o impossível – o real.

Podemos encontrar uma direção em Lacan (1979, p.160), ainda no Seminário “Os Quatro conceitos fundamentais da psicanálise”, quando ele fala do *seio* (enquanto *objeto a*) “que a pulsão contorna”. A ideia de contorno, ele diz, deve ser percebida com “a ambiguidade que lhe dá a língua portuguesa [...] ao mesmo tempo *turn*, borda em torno da qual se dá a volta, e *trick*, volta de escamoteação” (ibid, p. 160). Por quê? Mais uma vez, o deparar-se com a falta: “o inconsciente é o evasivo”. Assim, ele nos diz do inconsciente que:

[...] o inconsciente nos mostra a hiância por onde a neurose se conforma a um real – real que bem pode, ele sim, não ser determinado. Nessa hiância, alguma coisa acontece. Essa hiância, uma vez cozida a sua boca estará curada a neurose? Antes de mais nada, a questão está sempre aberta. Só que a neurose se torna outra coisa, às vezes simples enfermidade, *cicatriz*, como diz Freud – não cicatriz da neurose, mas do inconsciente (LACAN, 1979, p. 27).

Permanecendo na direção apontada por Lacan, nos deparamos com uma indagação acerca da função da repetição: “qual é então essa função da repetição traumática, se nada, muito pelo contrário pode parecer justificá-la do ponto de vista do princípio do prazer?” (LACAN, 1979, p. 53). Essa questão permite avançar um pouco mais na tarefa de encontrar um ponto de articulação entre a pulsão, a repetição e o princípio do prazer, uma vez que, após lançar essa pergunta, Lacan fala de “*tiquê* - encontro do real” como aquilo que coloca em cena o trauma e sua porção de “inassimilável”, em torno da qual é empreendido todo um esforço de esquecimento. Segundo Lacan (1979, p.57), isso ocorre porque “o trauma é concebido como devendo ser tamponado pela homeostase subjetivante que orienta todo o funcionamento definido pelo princípio do prazer”. Assim, o encontro do real coloca-se como o ponto de articulação entre pulsão, repetição e o princípio de prazer. Afinal, trata-se de lidar com aquilo que se impõe ao sujeito e que, apesar de ser efeito da linguagem não é por ela apreendido. Trata-se, portanto, do caráter “faltoso” (desse “encontro do real”, conforme apontado por Lacan (1979).

Após empreender uma discussão acerca da pulsão, de sua relação com o princípio de prazer e com a compulsão à repetição, além de examinar como o sintoma está relacionado com cada um destes conceitos, podemos agora voltar ao problema que concerne à sua dimensão ética do sintoma.

A partir da leitura de Freud, apresentamos na primeira parte do terceiro capítulo os mecanismos atuantes na produção sintomática – que são os presentes no sonho – e apontamos sua relação com o desejo. Ao falar de sua dimensão simbólica, mostramos como o sintoma é efeito de um conflito instaurado a partir de um desejo inconsciente, contra o qual o sujeito tenta se defender após a emergência de um trauma psíquico que se remete, por sua vez, a uma experiência sexual infantil. Demonstramos, a partir de Freud, o papel que a fantasia exerce nesse processo. Com Lacan, vimos que o sintoma desempenha uma função específica no que diz respeito ao desejo, já que para ele, esse desejo não é qualquer coisa – é “desejo de nada”, que se torna possível a partir de uma perda. Extraímos da leitura de Lacan (1999), a noção de “máscara” para nos remetermos à forma ambígua como o desejo se apresenta no sintoma.

Na segunda parte do terceiro capítulo examinamos a dimensão pulsional de forma a apreender uma mudança que detectamos ao longo da obra de Freud. Ou seja, quando Freud deixa de falar em “defesa e desejo” e passa a utilizar os termos “recalque e pulsão” para se referir aos processos subjacentes ao sintoma.

A consequência desse corte empreendido por Freud para a noção de sintoma é crucial, pois a pulsão parece estar situada em um campo acentuadamente diverso de qualquer experiência que se remeta a uma satisfação primordial, a partir da qual o sujeito irá alucinar com o intuito de revivê-la (como afirmou Freud no cap. VII de “A interpretação dos sonhos”, para definir o desejo). A definição da pulsão como o “representante psíquico de uma fonte endossomática que flui continuamente” (FREUD, 1996o) e a afirmação de que é da pulsão sexual que o sintoma retira energia para sustentar-se, anunciadas nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1996o) abriu caminho para mais adiante Freud falar de algo na pulsão que está relacionado ao princípio do

prazer e à compulsão à repetição, que na clínica comparece quando o sujeito atua o seu sintoma na relação com o analista.

Já neste último capítulo, registramos uma observação de Freud (2010a) sobre o teor conflituoso que pode se instalar entre o princípio do prazer e a pulsão. Segundo Freud, quando isso acontece, a pulsão torna-se algo “demoníaco”¹⁹. Em outras palavras, Freud deixa claro que a pulsão sexual atua de forma a promover uma instabilidade que ameaça o ideal de equilíbrio almejado pelo princípio de prazer. Assim, perguntamos: quais as consequências do caráter demoníaco da pulsão para o sujeito? Para Lacan (1999), se não há possibilidade de desejo sem falta, não há também desejo sem posicionamento do sujeito. Assim, que pode o sujeito ante as exigências da pulsão? Seria o caso de, na análise, buscar satisfazê-las?

Se voltarmos para o campo da clínica e examinarmos quais são os limites de intervenção neste contexto, verificaremos o imperativo de reconhecer que tais questões estão atreladas à ética. É o que tentaremos desenvolver deste ponto em diante, tomando como referência Lacan no Seminário “A ética da psicanálise”. Em seguida, na parte final do capítulo, retomaremos alguns pontos discutidos no primeiro capítulo da dissertação, com o objetivo de examinar a lógica que tem predominado na clínica contemporânea, bem como de que modo o sintoma é delimitado neste campo.

4.1 UMA ÉTICA DO DESEJO

Quando falamos em dimensão ética do sintoma, a que estamos nos referindo? Dissemos ao iniciar este capítulo, que no Seminário “A ética da psicanálise” (2008) Lacan busca em Sófocles elementos para delimitar uma ética própria à psicanálise. Além disso, discute também com Aristóteles, Hegel e Kant e, sustenta que com Freud houve um corte no que concerne à ética. Sem que possamos abordar cada um desses filósofos, tendo em vista o escopo dessa dissertação, acompanharemos o percurso de Lacan nesse seminário para, em

¹⁹Citação literal na página 107 dessa dissertação.

seguida, nos aproximar das últimas considerações acerca do conceito de sintoma e das implicações de tomá-lo como uma produção subjetiva – ou de negá-lo enquanto tal – no campo da clínica.

Ao falar de ética, nos referimos ao que Lacan afirmou ser algo que tem relação com o sentimento de obrigação, mas que não resulta simplesmente de um mandamento, ou ainda, que não se funda exclusivamente no temor de uma sanção. Em oposição a isso, Lacan afirma que:

A experiência moral como tal, ou seja, a referência à sanção, coloca o homem numa certa relação com sua própria ação que não é simplesmente a de uma lei articulada, mas sim de uma direção, de uma tendência, e, em suma, de um bem que ele clama, engendrando um ideal de conduta. Tudo isso constitui, propriamente falando, a dimensão ética e situa-se para além do mandamento. [...] não somos daqueles que iremos de bom grado colocar em segundo plano o sentimento de obrigação. Se efetivamente há alguma coisa que a análise apontou é justamente, para além do sentimento de obrigação propriamente dito, a importância, a onipresença, diríamos do sentimento de culpa. [...] o fato é que a análise é a experiência que voltou a favorecer, no mais alto grau, a função fecunda do desejo como tal. A ponto de poder dizer que, em suma, na articulação teórica de Freud, a gênese da dimensão moral não se enraíza em outro lugar senão no próprio desejo (LACAN, 2008, p. 14)

Disso apreendemos que a ética da psicanálise só pode ser uma ética do desejo, já que é nele que a ética se funda. Neste primeiro passo, o interlocutor de Lacan é Aristóteles, especificamente sua obra “Ética a Nicômaco”, na qual ele discorre sobre o desejo, inclusive os sexuais, mas situando-os fora do campo da ética. Ou seja, segundo Lacan (2008, p.22), Aristóteles fala de uma ética que se encontra dissociada do desejo e afirma que “a ética em Aristóteles é uma ética do caráter. Formação do caráter, dinâmica dos hábitos – ainda mais, ação em vista dos hábitos, do adestramento, da educação”. Isso parece suficiente para marcar a diferença entre a ética da psicanálise e aquela proposta por Aristóteles. Quando consideramos o sintoma a partir do ponto em que ele se situa com relação ao desejo e à pulsão, podemos colocar a seguinte questão: na análise, o que é feito do sintoma? Afinal, como demonstramos em Freud, só há sintoma sob transferência, que se constitui na relação com o analista. Trata-se de extingui-lo, de adestrar o sujeito, de ensiná-lo a controlar o que há de “demoníaco” em seu sintoma? Ou, ao contrário, seria o caso de endossar esse demoníaco do qual Freud falou?

Extraímos do Seminário 11 – “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” (1979, p.158) a noção de que “o caminho do sujeito passa entre duas muralhas do impossível”, sendo “impossível” o termo empregado por Lacan para definir o real. Foi o que nos colocou a necessidade de pensar o sintoma em sua relação com o real enquanto “dessexualizado”. Já no Seminário 7 - “A ética da psicanálise”, encontramos uma afirmação em que, além de fazer alusão ao real, Lacan nos fala também da moral e de sua função ante o prazer. Em suas palavras, “a lei moral, o mandamento moral, a presença da instância moral, é aquilo por meio do qual, em nossa atividade enquanto estruturada pelo simbólico, se presentifica o real – o real como tal, o peso do real” (LACAN, 2008, p. 30). Real como sendo aquilo com que o sujeito se depara na busca pela satisfação pulsional. Aqui pode ser introduzida uma consideração acerca da relação entre a moral e o prazer, e Lacan (2008, p.30) é claro quanto a isso: “minha tese comporta, com efeito, que a lei moral se afirma contra o prazer”. De que forma podemos ler essa assertiva?

A direção que Lacan nos indica atesta um contraste entre a proposição aristotélica sobre a felicidade e a “função do prazer” enquanto *atividade* (oposta à passividade), e o posicionamento de Freud ante essa mesma temática. Lacan nos lembra que, para Freud, “o princípio do prazer é um princípio de inércia” (LACAN, 2008, p. 39). Enquanto que para Aristóteles, o prazer implica atividade. Como tentamos demonstrar anteriormente, ao princípio do prazer se opõe o princípio de realidade, ao qual Lacan (2008, p.40) atribui uma função retificadora, de forma que “ele corrige, compensa o que parece ser a tendência fundamental do aparelho psíquico e, fundamentalmente, opõe-se a ela”. Essa “tendência” seria a de buscar o caminho da satisfação, ou, nas palavras de Freud, aquele que vai dar no retorno ao inanimado, à inércia? Ademais, um ponto que se coloca como crucial para essa discussão é Lacan (2008, p.41) afirmar que “essa experiência é, no fundo, de ordem moral”.

Mais uma vez, voltaremos um pouco aos argumentos que foram apresentados no terceiro capítulo para retomar a afirmação extraída do Seminário 5 – “As formações do inconsciente” (1999) em que Lacan diz que, no que concerne ao desejo, é preciso considerar o posicionamento do sujeito em sua relação com o objeto e com a ausência deste. A importância dessa assertiva é que, mais

adiante, no Seminário 7 – “A ética da psicanálise” (2008, p.42), Lacan indicou que, no pensamento de Freud, “a realidade é precária (...) e os mandamentos que traçam sua via são tirânicos”. Assim, supomos que, no que tange ao prazer e à felicidade, o sujeito há de se deparar com a impossibilidade de encontrar o objeto ideal (que suspenda o desprazer) enquanto tenta, ao mesmo tempo, lidar com essa precariedade que faz com que fique patente a inviabilidade de suas tentativas para controlar o real. Desse modo, lemos em Lacan:

O que no nível do princípio do prazer, se apresenta ao sujeito como substância é o seu bem. Uma vez que o prazer governa a atividade subjetiva é o bem, a ideia do bem que o sustenta. É a razão pela qual, em todos os tempos, os éticos não puderam fazer menos do que tentar identificar esses dois termos, no entanto, tão fundamentalmente antinômicos, que são o prazer e o bem. [...] Qual é a figura nova que nos é fornecida por Freud na oposição princípio de realidade/princípio de prazer? É seguramente uma figura problemática. Freud não pensa em identificar a adequação à realidade a um bem qualquer. No *Mal estar na civilização* diz-nos – seguramente a civilização, a cultura, pede demais do sujeito. Se há algo que se chama seu bem e sua felicidade, não há nada para isso ser esperado nem do microcosmo, isso é, dele mesmo, nem do macrocosmo (LACAN, 2008, p. 46).

Portanto, o sintoma que o sujeito atua sob transferência no contexto da análise dificilmente o conduzirá a um estado de felicidade. Contudo, a questão continua sem resposta. É necessário examinar mais de perto esse movimento de busca por um objeto que aplaque o desprazer, pois, como pontuou Lacan, o posicionamento do sujeito na relação com o objeto tem um peso significativo. Afinal, de que objeto se trata? Se para a pulsão o objeto é indiferente, e o desejo, por sua vez, é – nas palavras de Lacan – “desejo de nada”, então, que objeto é esse ante o qual o sujeito deverá se posicionar?

Esse objeto não é uma coisa qualquer, é o que Freud denominou no “Projeto para uma Psicologia Científica” (1996p, p.212) de “*Das Ding*”, ao afirmar que “o que chamamos coisas são resíduos que fogem de serem julgados”. E é o que Lacan (2008) chamou de “objeto perdido”, em torno do que irá se produzir um movimento de reencontro – sendo essa busca orientada pelo princípio do prazer. Sobre a função desse objeto - das Ding - Lacan faz a seguinte análise:

Sobre essa base entra em jogo o que vamos agora ver funcionar como a primeira apreensão da realidade pelo sujeito. É aqui que intervém essa realidade que tem relação com o sujeito de maneira

mais íntima – o *Nebenmensch*. Fórmula totalmente surpreendente na medida em que articula energicamente o à-parte e a similitude, a separação e a identidade. [...]O *Ding* é o elemento que é, originalmente, isolado pelo sujeito em sua experiência do *Nebenmensch* como sendo, por sua natureza, estranho, *Fremde*. [...] O *Ding* como *Fremde*, estranho e podendo ser hostil num dado momento, em todo caso como o primeiro exterior, é em torno do que se orienta todo o encaminhamento do sujeito. É sem dúvida alguma um encaminhamento de controle, de referência, em relação a quê? – ao mundo de seus desejos (LACAN, 2008, p.66- 67).

Lembremos que extraímos de Lacan a noção de que essa experiência com o objeto é uma experiência moral, para em seguida afirmar que “é como um paradoxo ético que o campo de *das Ding* é reencontrado no final, e que Freud nos designa o que aí pode preferir a morte” (LACAN, 2008, p. 127). Os efeitos disso são importantes e ganham intensidade se pensarmos também no conceito de *Fort Da*, ao qual Freud atrelou uma “realização cultural”, que consiste em renúncia à satisfação pulsional. Operação que parece ser bem distinta da que resulta no sintoma, que se configura como tentativa de satisfação substitutiva, onde dificilmente encontraremos abdicação do prazer. Como sintoma é satisfação substitutiva, da qual não se pode abdicar, encontramos aí a presença da pulsão mortífera que, por sua vez, coloca uma questão ética para o tratamento. Assim, a ética da psicanálise não parece ser aquela que colocará o sujeito na direção da felicidade, seja através da educação ou do controle sobre seus (“maus”) hábitos.

Já com Hegel, Lacan coloca em cena a hipótese de saber se a ética da psicanálise pode se referir, de alguma forma, aos deveres do indivíduo para com a Cidade, ou seja, para com a coletividade. Ele examina a relação da ética com a legalidade instituída pelo Estado moderno, cujo caráter é inegavelmente político, e pergunta: a ética da psicanálise tem relação com uma ética dos direitos do cidadão? Ou ainda em outros termos: ser ético é seguir inexoravelmente o que a legislação prescreve? Eis o que Lacan considera:

As exigências da realidade apresentam-se, com efeito, facilmente sob a forma das exigências que chamamos da sociedade. Freud não pode deixar de levar isso seriamente em consideração, mas é preciso dizer por que viés ele o aborda e que lhe permite ultrapassar a pura e simples antinomia sociedade-indivíduo, em que o indivíduo é desde então estabelecido como o eventual lugar de desordem. [...] Hegel nos mostrou a função moderna do Estado e a ligação de toda uma fenomenologia do espírito com a necessidade que torna perfeitamente coerente uma legalidade. Toda uma filosofia do direito,

a partir do Estado, envolve toda a existência humana até, e inclusive, o casal monogâmico, que ela toma como ponto de partida. Estou apresentando aqui a ética da psicanálise e não lhes posso apresentar, ao mesmo tempo, a ética hegeliana. O que quero assinalar aqui é que elas não se confundem. [...] O indivíduo doente, tal como Freud o aborda, depende de uma outra dimensão que não aquela das desordens do Estado e dos distúrbios da hierarquia (LACAN, 2008, p. 129-130).

Diante dessa afirmação, podemos apreender que a psicanálise não está comprometida com um movimento que promove uma adequação do sujeito às exigências sociais, ou que siga na direção de assegurar que as demandas, por ele dirigidas ao corpo social, sejam satisfatoriamente respondidas. Como afirmou Lacan, aquilo com o qual Freud lida é de outra ordem. O que não significa, por outro lado, a defesa de uma espécie de anarquia, ou de negar a existência daquilo que opera ordenando o laço social, atribuindo-lhe um caráter ilegítimo.

Para prosseguir em nossa análise a respeito da delimitação de uma ética do desejo, falta nos remeter ao trabalho que Lacan faz com Kant no Seminário *A ética*, em que o elemento central é a razão. Com Lacan, podemos perceber que o dever e a sanção possuem um peso decisivo no pensamento moral desse filósofo, em que o critério a ser adotado é o da universalidade do ato moral. A razão é, por sua vez, o que faz atuar um crivo em que o dever pode se insurgir contra o desejo. É assim que Lacan (2008, p.132-133) coloca “na presença de *Das Ding*, uma vez que esperamos que ele pese do lado certo da balança, oposto a ele temos a fórmula kantiana do dever (...) a prevalência possível do dever como tal para com e contra tudo (...) concebido justamente como vitalmente desejável”. O que está em questão se remete, portanto, a uma espécie de bem comum - dado o critério da universalidade – diante do qual o sujeito seria capaz de abdicar de seu desejo.

O desejo e sua relação com *Das Ding* situa-se no campo das pulsões, portanto é inconsciente. A ética consiste em abrir mão do próprio desejo em favor do bem universal, respondendo a um dever que se impõe ao sujeito com intensidade maior que a da própria pulsão? Esta questão refere-se ao pressuposto kantiano do imperativo categórico, do qual falamos anteriormente,

ao afirmar que para este filósofo a razão atua de forma a impulsionar o sujeito ao dever, como se o cumprimento do dever fosse o “vitalmente desejável”.

O percurso que Lacan fez no Seminário 7 - “A ética da psicanálise” chega a um ponto máximo, onde observamos que não é da filosofia que ele parte para dizer que possibilidades de análise de um problema entram em cena quando se fala de uma ética que não é a da “disciplina da felicidade” (LACAN, 2008, p. 343), da educação dos hábitos; a do direito e do Estado Moderno; e menos ainda a do bem comum, do universal franqueado pela razão. Tal como Freud partiu da tragédia de Édipo, Lacan usa de uma tragédia – “Antígona”, de Sófocles, para falar da ética que se funda pela via do desejo. Afinal, em que consiste uma ética do desejo? Considerando que o que se delineia nesse movimento não se remete à harmonia, Lacan anuncia de início, que “o que há no nível de *Das Ding* desde o momento em que é revelado é o lugar dos *Triebe*, na medida em que nada têm a ver (...) com qualquer coisa que seja que se satisfaça de uma temperança (...)” (LACAN, 2008, p. 127).

Ao acompanhar Lacan nesse percurso, vimos que ele partiu de um problema (ao qual voltaremos agora) e que ele formula da seguinte maneira: “quais são as consequências éticas gerais que a relação com o inconsciente, tal como foi aberto por Freud, comporta”? (LACAN, 2008, p. 342). Ele faz essa colocação e articula dois elementos da experiência humana, dando-lhes uma inflexão original – a morte e o desejo. Isso passa pelo reconhecimento da dimensão trágica da vida e de que ela dá o tom ao movimento do desejo que constitui o sujeito, em que “a função do desejo deve permanecer numa relação fundamental com a morte” (*ibid*, p. 356). E por que Lacan se refere à Antígona para dizer da condição trágica imposta pelo desejo? Por que se remeter àquela que se declarou morta em vida, e que, estando noiva, não conheceu o leito nupcial por ter sido sepultada ainda viva?

Na tragédia de Sófocles, Antígona foi a filha de Édipo (amaldiçoada pelo pai, tal como seus irmãos) que desobedeceu às ordens de seu tio Creonte, para dar a um de seus irmãos um sepultamento simbólico, atirando sob seu cadáver um punhado de terra. Considerado por Creonte um traidor depois de morto em campo de batalha, ao irmão de Antígona fora negado um funeral, sendo seu

corpo deixado para ser devorado por cães e abutres. Ora, esse decreto do rei não foi apenas uma crueldade com Polinices, mas também uma injúria contra Hades – o deus dos mortos. Ao contrário dos demais, Antígona se insurge contra as determinações do tio e, decidida, atira sobre os despojos do irmão um punhado de terra, ato suficiente para entregá-lo ao domínio dos mortos. Ela sabia, desde o início, que seria condenada à morte ao descumprir o decreto real, mas escolheu seguir com seu intento apesar disso. A justificativa que Antígona apresenta é a de que, estando seus pais mortos, ela não poderia ter outro irmão – ou seja, Polinices era insubstituível. De fato, ela foi condenada a uma espécie de emparedamento (trancada na sepultura da família para morrer, lentamente, de sede e de fome). Diante disso, ela decide se enforcar. Eis uma síntese da tragédia que Lacan escolheu para traçar o seu percurso, delimitando uma ética do desejo.

A análise que Lacan faz da tragédia de Sófocles impressiona por vários motivos, mas, sobretudo porque marca o quão radical é a operação em curso na trama que se desenrola ao longo do poema. Como demonstramos antes, em sua discussão com Aristóteles, Hegel e Kant, Lacan afirma um fundamento novo e rompe com qualquer interpretação que tenda a ler em Antígona o conflito do indivíduo com a Cidade, ou uma insurgência política contra um Estado, que nem sequer era moderno. Lacan afirmará que Antígona agiu em conformidade com seu desejo e que isso a colocou em um lugar denominado por ele de “entre-duas-mortes”. Vejamos:

Com efeito, Antígona declarou por si mesma e desde sempre – Estou morta e quero a morte. Assim que Antígona se descreve como Níobe se petrificando com o que ela se identifica? – senão com esse inanimado no qual Freud nos ensina a reconhecer a forma na qual o instinto de morte se manifesta. [...] Antígona se apresenta como *autônomos*, pura e simples relação do ser humano com aquilo que ocorre de ele ser miraculosamente o portador, ou seja, do corte significante, que lhe confere o poder intransponível de ser o que é, contra tudo e contra todos. [...] Antígona leva até o limite a efetivação do que se pode chamar o desejo puro, o puro e simples desejo de morte como tal. Esse desejo, ela o encarna (LACAN, 2008, p. 332-333).

O posicionamento de Antígona é o mesmo de outros heróis da tragédia em Sófocles: ela se situa no limite entre a vida e a morte, denominada por Lacan (2008, p.320-321) de “na-finda-linha”, que não tem compromisso algum com o

bem universal e que se caracteriza pelo isolamento. Esse posicionamento é também referido por Lacan como “entre-duas-mortes”, que é evidenciado no poema através de uma fala de Antígona, na qual ela se declara morta em vida. Mas, a quais mortes Lacan faz referência? Ele diz que essa questão aparece na tragédia na própria sucessão dos acontecimentos, e depois atrela a posição assumida por Antígona a algo que surge como efeito da linguagem, afirmando que:

[...] vê-se bem que Antígona representa por sua posição esse limite radical que, para além de todos os conteúdos, de tudo o que Polinices pôde fazer de bem e de mal, de tudo o que lhe pôde ser infligido, mantém o valor de seu ser. Esse valor é essencialmente de linguagem. Fora da linguagem, ela nem mesmo poderia ser concebida, e o ser daquele que viveu não poderia ser assim destacado de tudo o que ele veiculou como bem e como mal, como destino, como consequência para os outros, e como sentimento para si mesmo. Essa pureza, essa separação do ser de todas as características do drama histórico que ele atravessou, é justamente esse o limite, o *exnihilo*, em torno do qual Antígona se mantém. Nada mais é do que o corte que a própria presença da linguagem instaura na vida do homem (LACAN, 2008, p. 330).

Diante dessa afirmação, vemos que essas duas mortes entre as quais Antígona está são a morte do corpo – orgânica – e a morte do significante, já que Antígona é aquela que ultrapassa o limite *Até*, ou seja, o que Lacan (2008, p.310) indica como sendo o “limite que a vida humana não poderia transpor por muito tempo”, justamente o limite que a heroína ultrapassa. Ela age movida por um encadeamento que se remete à geração que a antecedeu, a de seu pai, pois esse movimento de Antígona “(...) é em razão de algo que está ligado no caso a um começo e a uma cadeia, a da desgraça da família dos Labdácidas” (ibid, p.312). Na análise de Lacan, o que encontramos na tragédia é que Antígona, ao agir segundo seu desejo, além de colocar-se para além desse limite – *Até* – dá lugar a isso que vem de uma geração anterior. E o que vem a ser tal herança? O crime. Antígona é aquela que dá lugar ao crime e que escolhe Polinices, o criminoso. Segundo Lacan,

Nenhuma medição é aqui possível, a não ser esse desejo, seu caráter radicalmente destruidor. A descendência da união incestuosa se desdobrou em dois irmãos, um que representa o poderio, o outro que representa o crime. Não há ninguém para assumir o crime e a validade do crime senão Antígona. Entre os dois, Antígona escolhe ser pura e simplesmente a guardiã do ser criminoso como tal (LACAN, 2008, p.334).

Estamos diante de uma radicalidade do desejo, que em Antígona é marcada pelo ultrapassar dos limites – *Até* – que denota também algo que Lacan disse ser da ordem da atrocidade. Já que ele mesmo informa que esse significante – *Até* – “serve também em *atroz*” (LACAN,2008, p. 312). A partir dessas considerações, se buscarmos analisar o problema das consequências éticas do inconsciente, articulando-o à pergunta sobre o que é feito do sintoma na análise, chegamos, enfim, ao impasse ético que o sintoma coloca para o campo da prática clínica.

Demonstramos, a partir do trabalho de Freud, que o sintoma é resultado de um trabalho psíquico, que tem inicialmente como meta a defesa ante um desejo inconsciente relacionado a uma experiência sexual infantil. Como Lacan evidenciou, há no sintoma um jogo de máscaras, dado seu caráter ambíguo, bem como a satisfação paradoxal que ele comporta. Também demarcamos como, na obra de Freud, a pulsão e o recalque são cada vez mais preponderantes em sua análise do sintoma, ressaltando ainda que, quando a pulsão entra em divergência com o princípio do prazer, evidencia-se algo da ordem do “demoníaco”. É a questão que o sintoma coloca àquele que se dedica à prática clínica: o que fazer diante disso a que, nos termos de Lacan, os pacientes “dão satisfação”?

Encontramos no Seminário “A ética da psicanálise” algumas considerações de Lacan que podem ajudar a melhor cernir a questão. Em certa altura do seminário, Lacan fala sobre a demanda que é dirigida ao analista, que é uma demanda por felicidade, numa perspectiva que ele reconhece como política. Para ele a felicidade, em nossos tempos, é um “fator da política” (LACAN,2008, p. 342). Identificar esse fato não é, por outro lado, suficiente para esgotar o assunto. Afinal, como dito anteriormente, a análise não consiste na busca pela felicidade nos moldes aristotélicos. Qual é o encaminhamento possível?

Uma vez que a felicidade é aquilo que se demanda da análise, o que entra em cena nessa demanda é novamente a satisfação, que sabemos ser de tipo bem específico: a pulsional. Nesse ínterim, Lacan diz que “uma única coisa faz alusão a uma possibilidade feliz de satisfação da tendência, e é a noção de sublimação” (LACAN,2008, p. 343). A sublimação é via de satisfação pulsional,

em que há inibição quanto ao alvo da pulsão, movimento muito diferente do que se realiza na produção sintomática. Nas palavras do autor,

Trata-se na sublimação de uma certa forma, diz-nos Freud, de satisfação dos *Triebe*, [...] que o *Trieb* é desviado do que ele chama de *Ziel*, seu alvo. A sublimação nos é representada como distinta dessa economia de substituição, onde se satisfaz habitualmente a pulsão na medida em que é recalcada. O sintoma é o retorno, por via da substituição significante, do que se encontra na ponta da pulsão como seu alvo (LACAN, 2008, p. 135, grifo do autor).

O que depreendemos dessa articulação feita por Lacan entre desejo, morte, sublimação e sintoma é que, na análise, está em jogo a dimensão trágica da vida. Ao afirmar que a ética da psicanálise é uma ética que dá lugar ao desejo, Lacan marca uma diferença entre pulsão e desejo? A pergunta se por aqui, mais uma vez em razão da satisfação pulsional, parecer ser o oposto da realização de um desejo, na medida em que o desejo se funda a partir da falta, num processo em que o sujeito desejante parece contornar *Das Ding*, no sentido que Lacan assinalou como duplo (fazer a borda e “dar a volta”, escamotear).

É complexo e muito difícil delinear com precisão a fronteira entre a satisfação pulsional e a realização do desejo, tal como foi difícil marcar a diferença entre o desejo e a pulsão no terceiro capítulo. Isso porque a relação com a morte permanece viva - em outras palavras, há uma função exercida pela morte na vida do sujeito. Lacan (2008, p.345) fala dessa função da seguinte forma: “a vida tem algo a ver com a morte? Pode-se dizer que a relação com a morte suporta, subtensionada, como a corda o arco, o seno da subida e da queda da vida?”. Chegamos ao final desse trabalho com a impressão de que, na análise, a experiência de deparar-se com esse trágico da vida, é a via pela qual o sujeito atravessa esse “vale” da morte na direção aberta pelo desejo (e não pela satisfação pulsional apenas), apesar do desamparo e da solidão deste percurso:

[...] a função do desejo deve permanecer numa relação fundamental com a morte. Coloco a questão – o término da análise, o verdadeiro, quero dizer aquele que prepara a tornar analista, não deve ela em seu termo confrontar aquele que a ela se submeteu à realidade da condição humana? É propriamente isso o que Freud, falando de angústia, designou como o fundo onde se produz seu sinal *Hilfflosigkeit*, a desolação, onde o homem, nessa relação consigo

mesmo que é a sua própria morte [...] não deve esperar a ajuda de ninguém (LACAN, 2008, p. 356).

Desse modo, para finalizar, é preciso dizer que a ética do desejo – a da psicanálise – passa pelo confrontar-se com essa experiência trágica da vida, colocando-nos numa posição de face a face com a morte. A ética do desejo se distingue da ética dita tradicional ou daquela que Lacan chamou de ética “dos serviços dos bens”, porque esta, ao visar a restituição do bem ao sujeito, mais ainda um bem comum e universal, elimina o desejo. Mas não é só isso. Precisamos fazer uma última consideração: a de que a ética, para Lacan (2008, p.364) “consiste num juízo sobre nossa ação”. Por isso, ele se volta para o sentido da ação no que ela porta de relação com o desejo, em que somos convocados a assumir um posicionamento. Assim, indagar o sintoma, enquanto aquilo que o sujeito atua na análise, é uma via pela qual ele poderá ou não se deparar com o próprio desejo?

Por outro lado, se a ética consiste, como disse Lacan em “juízo sobre nossa ação”, cabe analisar a relação entre desejo e poder, na perspectiva do que ele designou como “serviços dos bens”. Lacan faz uma afirmação importante acerca da moral do poder, vejamos:

A ordem dos poderes não deve absolutamente ser desprezada - não se trata aqui de modo algum de afirmações anarquistas -, é preciso simplesmente conhecer o limite disso no que se refere ao campo aberto à nossa investigação. No que diz respeito ao que está em questão, ou seja, ao que se refere ao desejo, a seu aparato e ao seu desarvoramento, a posição do poder, qualquer que seja, em toda circunstância, em toda incidência, histórica ou não, sempre foi a mesma. Qual é a proclamação de Alexandre chegando em Persépolis, ou de Hitler chegando em Paris? O preâmbulo pouco importa- *Vim liberá-los disso ou daquilo*. O essencial é isto - *Continuem trabalhando. Que o trabalho não pare*. O que quer dizer - *Que esteja claro que não é absolutamente uma ocasião para manifestar o mínimo desejo*. A moral do poder, do serviço dos bens é - *Quanto ao desejo, vocês podem ficar esperando sentados* (LACAN, 2008, p. 368, grifos do autor).

O poder, portanto, trabalha para inviabilizar qualquer possibilidade de que o desejo opere. Neste ponto, parece haver relação entre o que discutimos no primeiro capítulo da dissertação e essas palavras de Lacan. Trata-se da normatização descrita por Foucault na “História da loucura na Idade Clássica”, ao falar das *workhouses* inglesas e de quanto a loucura resiste a esse processo de inscrição no circuito capitalista. Nesses estabelecimentos, o que é

imposto ao sujeito é um trabalho que vai muito além das atividades que ele desempenha ao vender a sua mão de obra, pois é exigido dele a supressão do desejo – o mais funesto dos trabalhos.

Desta forma, nos aproximamos da finalização deste capítulo. A leitura do Seminário 7 - “A ética da psicanálise” (2008) permitiu delimitar o sintoma enquanto produção do sujeito, relacionando-o com o desejo e a pulsão, em sua estreita relação com a morte. Isso abriu caminho para sublinharmos uma outra dimensão que a produção sintomática coloca: a ética. Como tentamos mostrar, a partir de Freud e Lacan, o sintoma consiste na busca por uma satisfação pulsional substitutiva. Temos a impressão de que, neste nível, o sujeito visa encontrar um objeto ideal, que suspenda o mal-estar implicado em uma satisfação que não pode ser admitida como tal.

Por outro lado, perguntamos se o destino do sintoma, atuado pelo sujeito na análise (e, portanto, sob transferência,) está ligado ao desejo e de que forma, uma vez que Lacan afirmou em “As formações do inconsciente” (1999) a articulação do desejo a demanda. Ainda que tal demanda seja uma demanda de felicidade (o que vai no sentido contrário da análise), a aposta é a de que, ao sustentar uma escuta em que o sujeito possa falar de suas questões, algo diferente de uma normatização aconteça. Ao deparar-se com o trágico da vida, experimentar o desamparo e reconhecer-se só ante tudo isso pode ser que – quem sabe? – o sujeito assuma uma outra posição ante a ausência desse objeto que Lacan disse ser “perdido”. Daí, não mais a satisfação pulsional apenas, mas talvez passe a haver também lugar para o desejo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão que suscitou a escrita desta dissertação foi colocada a partir do contato inicial com a clínica psicanalítica no Ambulatório de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes/HUCAM. Havia, desde então, o interesse pela dimensão ética presente na pergunta “o que é o sintoma?”. A ida para outro contexto de formação, no caso, um Hospital Psiquiátrico, trouxe elementos de

contraste que exigiram a realização de uma escolha. Esse posicionamento atravessa toda a dissertação e nos convoca a uma retomada da escrita produzida ao longo desse tempo de estudo e pesquisa.

Se o trabalho foi inaugurado por um esforço em apreender a noção de sintoma, é preciso admitir que, para isso, houve todo um percurso a ser feito. Começamos por delimitar o campo de trabalho no qual o problema de pesquisa estivesse situado. Assim, no primeiro capítulo fizemos uma análise do surgimento do método clínico na medicina. Por quê? Afinal, tal método se refere à clínica médica, mas por que partir da medicina?

No segundo capítulo, após falar da clínica médica geral, sua relação com a ciência e de como a psiquiatria fundou-se enquanto campo ao produzir um discurso sobre a loucura, nos dirigimos especificamente ao DSM. Permanecemos na análise de uma clínica que, ainda que médica, possui especificidades para as quais tivemos que nos atentar. Tais particularidades conduzem a psiquiatria às fronteiras de seu campo, onde é necessário lidar com outros saberes, outras práticas fundadas e sustentadas em outros discursos. Nessa confluência está o que conhecemos por psicopatologia, campo de discussão que não se restringe aos limites traçados pelo discurso médico e que extrapola as delimitações estipuladas pela psiquiatria. Examinamos os efeitos no real da operação de matematização efetuada pela ciência em um momento histórico particularmente drástico: a Guerra Total. Buscamos compreender a relação entre a Guerra e o DSM. Ao final deste capítulo, após uma extensa discussão sobre a possibilidade de haver uma separação entre uma “psiquiatria clássica” (século XIX) e uma “psiquiatria contemporânea” representada pelo DSM e seu arsenal técnico-científico - baseado na estatística e no emprego de novas técnicas de contenção (a contenção química em detrimento da mecânica, dominante no século XIX) - é que nos deparamos com uma operação efetuada por Freud.

Freud, como sabemos, teve sua formação acadêmica em medicina e estudava neurologia quando foi a Paris ter aulas com Charcot. Isso o levou ao trabalho com as histéricas e disto, o que resultou? Um corte. Freud não abandona a neurologia e migra para a psiquiatria, ao invés disso, ele funda a psicanálise.

Portanto, acompanhamos o movimento de Freud em direção a algo de ordem muito diversa da clínica médica. Neste ponto, reafirmamos a escolha feita anteriormente e prosseguimos com Freud. Assim, se nos propomos a falar sobre o sintoma, não foi de um sintoma tido como a causa do sofrimento de um doente, produzido por uma alteração fisiológica (que reclama lesões biológicas) que discutimos ao longo dessa dissertação. Por isso, ao final do segundo capítulo concluímos que não há que se falar em descontinuidade na psiquiatria por dois motivos: primeiro, ainda que existam diferenças nas práticas clínicas e nos recursos empregados para lidar com o sofrimento psíquico ao longo do século XIX, isso por si só não justifica uma ruptura. Segundo os argumentos apresentados por Pontes e Calazans (2016) acerca da insuficiência do descritivismo demonstram de modo contundente que Freud, já no início de seu percurso, abdica dessa estratégia e assume a etiologia sexual do sintoma psíquico, ao invés de tentar esconder as lacunas deixadas pelos argumentos organicistas. Assim, encerramos o segundo capítulo com Lacan, que apontou de modo decisivo para a psicanálise enquanto aquilo que pode dar uma resposta aos efeitos produzidos pela ciência moderna, já que é na clínica psicanalítica que há um lugar para o sujeito.

Iniciamos o terceiro capítulo com uma leitura dos primeiros artigos produzidos no momento inaugural da trajetória de Freud, antes de “A Interpretação dos Sonhos”. Se nos dispomos a acompanhar de perto sua movimentação, isso não deve ser lido como tentativa de empreender uma análise cronológica por uma simples razão: a cronologia, em si mesma, não explica nada e não há que se falar em “evolução” do conceito de sintoma na obra de Freud. Podemos falar em uma análise histórica? Sim, desde que saibamos: cronologia não é de forma alguma sinônimo de história (BLOCH, 2002). Ao invés de fazer uma descrição desenvolvimentista ou linear do sintoma no pensamento freudiano, escolhemos atentar para os impasses, rupturas e questões com as quais nos deparamos e que faziam o trabalho avançar.

Daí a primeira questão: ao notar que Freud falava de desejo e defesa, para depois passar a dizer pulsão e recalque, indagamos qual seria a diferença entre desejo e pulsão. Isso tem importância, pois há uma relação direta com o sintoma. Ao discutir os mecanismos atuantes na produção sintomática

(deslocamento e condensação) e presentes na dimensão simbólica do sintoma, podemos ver que nele está em causa o desejo e uma tentativa do sujeito de se defender do que era vivido como conflituoso. A passagem para a dimensão pulsional acontece, a nosso ver, quando Freud introduz a noção de pulsão como conceito limítrofe entre o psíquico e o biológico. Trata-se de uma formulação diferente da anterior - afirmada por Freud - com relação ao desejo, já que, de certa forma, havia algo de alucinatório no desejo e sua tentativa de reviver uma experiência de satisfação primordial. Ao situar a pulsão no limite entre o biológico e o psíquico, Freud instaura a impossibilidade de reduzir a pulsão ao instinto e, simultaneamente, introduz uma mudança no que se refere à pulsão operando o recalque. Ele delimita o processo pelo qual o sujeito se posiciona ante as exigências pulsionais de modo muito específico, abrindo possibilidade de considerar a questão pela via do retorno, ou ainda pela repetição atrelada a uma falha no recalque. Foi assim que entramos na discussão em torno da satisfação e da repetição.

A diferença entre desejo e pulsão carece de uma resposta mais elaborada, pois dada a sua complexidade, seria necessário dedicar-lhe mais tempo de estudo, o que, infelizmente, não foi possível. Entretanto, podemos registrar aqui algumas observações a partir das leituras de Freud e Lacan. Essas observações nos levam a outra questão acerca do sintoma. Primeiro, notamos que Freud passa a falar de pulsão e não mais de desejo, termo que foi retomado depois por Lacan. Que consequência essa mudança, introduzida por Freud, tem para o processo de produção sintomática? O sintoma está colocado a partir de um desejo inconsciente, ante o qual o sujeito erige as suas defesas - essa premissa permanece, pois Freud não recua neste ponto quando passa a falar de pulsão. Ele simplesmente introduz o conceito de pulsão e isso leva à relação da compulsão com a repetição e ao esforço pelo retorno à uma condição chamada de “inanimada”. Se, ao falar do desejo, Freud já colocava em cena uma tentativa de reviver uma experiência de satisfação primária, que acabava por desaguar na reedição da perda de um objeto, a pulsão permite que ele analise a questão em outro ponto, situado no “além do princípio do prazer”.

Já com Lacan (1979) – que afirmou que toda pulsão é de morte - coloca-se uma nova questão: se, para Freud, o sintoma não é sem relação com o desejo, mas sustentado pela pulsão sexual, como entender a relação entre o sintoma e a falta? Em outras palavras: que função o sintoma exerce ante a falta? Trata-se de uma negação da falta ou de uma estratégia para lidar com uma das duas muralhas do impossível de que Lacan falou? É preciso lembrar que, segundo Lacan (1999), o desejo não exige satisfação e que é “desejo de nada”. O mesmo não pode ser dito a respeito da pulsão, pois Freud fala que o alvo da pulsão é a satisfação (2004b) e que o sintoma, por sua vez, é uma satisfação substitutiva (1996a).

A partir deste ponto, examinamos a pulsão em Lacan, que nos conduz à tarefa de analisar a relação entre o sintoma, a pulsão e o real. A impossibilidade de suturar a falta, de encontrar um objeto ideal que a dissipe, nos coloca ante o real, ao mesmo tempo em que diz da repetição, do dessexualizado que atravessa o sintoma. Por fim, voltamos ao desejo, agora em Lacan. Um desejo de nada, desejo de desejo que só existe na falta. Aqui destacamos, a partir do que Lacan articulou, que importa a posição do sujeito ante a ausência do objeto. Ou seja, o que o sujeito faz ao deparar-se com a falta. Assim, a diferença entre o conceito de desejo e o de pulsão parece ser um desdobramento interessante desta pesquisa.

Por fim, no quarto capítulo, entramos na análise da última dimensão do sintoma. Defendemos que o estatuto do sintoma na psicanálise tem uma dimensão ética, na medida em que o sujeito, ao falar de suas questões, é convocado a implicar-se no seu desejo. Portanto, trata-se de uma ética que concerne ao desejo. Lacan extrai da experiência literária, especificamente da tragédia de Sófocles, a noção de ética que se funda pela via do desejo. Para isso, ele discute com Aristóteles, Hegel e Kant e toda a tradição filosófica ocidental que eles representam. De *Antígona* emerge a função do trágico, na medida em que a morte tem efeito e relação com a vida, com o desejo. Tal morte diz, além da finitude do corpo biológico, a também da morte do significativo. Por outro lado, a ética que prescinde do desejo pode levar a busca pela felicidade, acabando por precipitar o indivíduo na busca pelo objeto ideal – nas tentativas de realizar satisfações substitutivas, ou, sintomáticas. É possível

fazer outra coisa? Neste momento questionamos o destino que o sintoma tem na análise e a diferença entre sustentar um desejo, implicando-se nele, e permanecer no nível da produção sintomática, da satisfação pulsional, fadada desde sempre ao fracasso – já que para Lacan, o sujeito depara-se com as duas muralhas do impossível e fica entre o real e falta. Essa consideração vem em articulação com a questão discutida no terceiro capítulo, remetendo-se à diferença entre desejo e pulsão, bem como à função do sintoma ante a falta. Afinal, sustentar o próprio desejo, implicando-se nele, é diferente de produzir um sintoma?

Assim, terminamos o percurso dessa dissertação afirmando, com Freud (1996a), que o sintoma é o inusitado da clínica. Uma clínica que não se furta aos impasses, ao improvável, ao ambíguo. Uma clínica que é também, por isso mesmo, instigante. O teor dessa afirmação de Freud diz sobre a originalidade presente na clínica, já que há no sintoma algo que é original e fora do comum. Esse “fora do comum” entendemos como aquilo que nos surpreende e que não cabe na previsão estatística porque é produção do sujeito. Lacan (2001, p.13), por sua vez, confirma toda autenticidade presente no sintoma ao dizer que o inconsciente não é monótono, mas “extremamente particularizado, mais ainda do que variado, de um sujeito a outro, como ainda bem esperto e espirituoso”.

Foi através de uma pesquisa sobre o sintoma que (re)fizemos, de um modo próprio, a trajetória em que Freud deixa a medicina para fundar a psicanálise, dando lugar àquilo de que todos ouviam falar mas que poucos quiseram escutar. Ele afirma claramente, ao discutir com Janet a hereditariedade na histeria, que os médicos estavam familiarizados com as questões sexuais de seus pacientes, mas que a deixavam em segundo plano para buscar causas biológicas (hereditárias) que explicassem os sintomas histéricos. Ele escolheu dar lugar a isso e que os demais negligenciaram. Lacan, ao comentar o sonho da injeção de Irma, disse que Freud não recua porque era um sujeito valente. E devia ser mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA ,AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - (EUA). **“Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais”**(DSM). 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BESSET, V.L. et al. **“Corpo e Histeria: atualizações sobre a dor”**. In: Polêmica. Rio de Janeiro, 2010. vol. 9, n.4. Bibliografia: p. 35-42. Disponível em:<<http://www.polemica.uerj.br/ojs/index.php/polemica/article/viewFile/65/132>>, acesso em 20/06/2013.

BLOCH, M. **“Apologia da História ou o ofício de historiador”**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2002.

CALAZANS, R. LUSTOZA, R. Z. **“Sintoma psíquico e medicina baseada em evidências”**. In: Arquivos Brasileiros de Psicologia. Rio de Janeiro, 2012: v.64, n.1. Bibliografia: p.18-30. Disponível em:< <http://146.164.3.26/index.php/abp/article/view/752>> Acesso em: 14 ago. 2017.

CANGUILHEM, G. **“A ideia de natureza no pensamento e na prática médicas”**. In: Escritos sobre a medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CAPONI, S. **“O DSM como dispositivo de segurança”**. PhysisRevista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.24, n. 3, p. 741-763, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312014000300741&script=sci_abstract&tIng=p>. Acesso em: 10 ago. 2017.

COSTA-MOURA, F.; FERNANDES, F.L.F. **“Lógica da ciência, formalismo e forclusão do sujeito”**. In: Psicanálise e laço social. Rio de Janeiro: 7Letras, 2009.

CZERMAK, M.**“Apanhar um fato clínico”**. 2017. Disponível em: <<http://www.tempofreudiano.com.br>> Acesso em 10 fev. 2017.

DUNKER, C.I.L. **“Crítica da razão diagnóstica: psicanálise, psicopatologia, DSM”**. In: Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs. Barbacena: EdUEMG,2012.

DUNKER, C; KYRILLOS, F. **“A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM”**. Revista Vínculo - NESME, v.. 8, n. 2, p. 1-15, 2011.

FOUCAULT, M. **“O nascimento da clínica”**. Tradução de Roberto Machado, 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

_____. **“História da Loucura na Idade Clássica”**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FREUD, S. **“Inibição, Sintoma e Ansiedade”**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XX. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996a.

_____. **“Dois verbetes de enciclopédia”** In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996b.

_____. **“Comunicação Preliminar”**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.v.III. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996c

_____. **“Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos”**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.v.III. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996d.

_____. **“As neuropsicoses de defesa”**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. v.III. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996e.

_____. **“Estudos sobre a Histeria”**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. v. II. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996f.

_____. **“A psicoterapia da histeria”**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. v. II. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996g.

_____. **“Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa”**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. v. III. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996h

_____. **“A hereditariedade e a etiologia das neuroses”**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. v. III. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996i

_____. **“A Interpretação dos sonhos (I)”**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. v. IV. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996j

_____. **“Conferência XXIII- Os Caminhos da formação dos sintomas”**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XVI. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996l

_____. **“Sobre os sonhos”**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. v. V. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996m.

_____. **“Conferência XVII- O sentido dos sintomas”**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XVI. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996n

_____. **“Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. v. XIX. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996o.

_____. **“Projeto para uma psicologia científica”**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. v. I. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996p.

_____. **“Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos”**. In: Primeras publicaciones psicoanalíticas. v. 3. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.

_____. **“La Interpretación de los sueños”**. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Buenos Aires: Amorrortu, v. IV e V., 1985

_____. **“O Recalque”**. In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. v. I. Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2004a.

_____. **“Pulsões e Destinos da Pulsão”**. In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. v. I. Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2004b.

_____. **“Além do princípio do prazer”**. In: Obras Completas. v. 14. Tradução de Paulo Cesar de Souza. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010a.

_____. **“Repetir, recordar e elaborar”**. In: Obras Completas. v. 10. Tradução de Paulo Cesar de Souza. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010b.

FRESQUET, J. **“Instituto de Historia de La Ciencia y Documentación”**. Universidad de Valencia – CSIC. set. 1999. Disponível em: <<http://www.historiadelamedicina.org/canon.html>> Acesso em: 20 mar. 2016.

GILMAN, C. **“O papel de parede amarelo”**. In: “O papel de parede amarelo” e outros contos de Charlotte Pekins Gilman: tradução e crítica. Stella Maris Coser (org.). Vitória: EDUFES, 2006.

HOBSBAWM, E. J. **“Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991”**. Tradução Marcos Santarrita; revisão técnica Maria Célia Paoli. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M.H.; PAULA, P.A.B. **“Transformações recentes da indústria farmacêutica: um exame da experiência mundial e brasileira no século XXI”**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p. 885-908, 2014.

KOYRÉ, A. **“Do mundo do ‘mais-ou-menos’ ao universo da precisão”**. In: Estudos de História do pensamento científico. Rio de Janeiro: Ed. Forense universitária, 1991.

KRAEPELIN, E. **“As formas de manifestação da insanidade”**. Revista. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 12, n. 1, p. 167-194, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n1/a12v12n1>> Acesso em: 01 dez. 2017.

LACAN, J. **“A ciência e a verdade”**. In: Escritos. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1998a.

_____. **“A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud”**. In: Escritos. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1998b.

_____. **“Conferência em Genebra sobre o sintoma”**. In: Opção Lacaniana, n. 23. São Paulo: Eólia, 1998c.

_____. **“Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise”**. In: Escritos. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1998d.

_____. **“O lugar da psicanálise na medicina”**. In: Opção Lacaniana. v.32, s/p., 2001.

_____. **“O Seminário livro 5 – As formações do Inconsciente”**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1999.

_____. **“O Seminário 19: [2ª parte] o saber do psicanalista [1971-1972]”**. Seminário Inédito. Recife: Publicação não comercial exclusiva para membros do Centro de estudos freudianos do Recife, 1997.

_____. **“O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise”**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1992.

_____. **“O Seminário livro 7 - A ética da psicanálise”**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2008.

_____. **“O Seminário livro 11 – Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise”**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1979.

LEBRUN, J.P. **“Um mundo sem limites: ensaio para uma clínica psicanalítica do social”**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

LISBOA, J. P. B. **“A dinâmica econômica da Indústria química e farmacêutica durante o Século XX nos EUA e Europa”**. 2012.Dissertação (Mestrado em Inovação Biofarmacêutica) – Instituto de Ciências Biológicas (ICB). Belo Horizonte: UFMG, 2012.

MASSON, J. M. **“A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess — 1887-1904”**, tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1986.

MELMAN, C. **“O homem sem gravidade: Gozar a qualquer preço”**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

NOBEL MEDIA. **“Otto Loewi Biographical”**. EUA, 2014. Disponível em: http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1936/loewi-bio.html> Acesso em: 17 fev. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (EUA). **“Constituição da Organização Mundial da Saúde”**. EUA, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMSOrganiza%C3%A7%C3%A3oMundial-da-Sa%C3%BAdede/constituicao-da-organizacao-mundial-dasaudeomswho.html>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

PEREIRA, M. E. C. **“O DSM-IV e o Objeto da Psicopatologia: Um Estudo Crítico”**. In M. E. C. Pereira (Org.). *Psicanálise e Universidade/Temas Conexos*. Bibliografia: p. 87-102. Belo Horizonte: Passos. 2009

_____. **“Kraepelin e a questão da manifestação clínica das doenças mentais”**. *Revista Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 161-166, 2009b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n1/a11v12n1>>. Acesso em: 01 dez. 2017

PIMENTA, A.C.; FERREIRA, R.A. **“O sintoma na medicina e na psicanálise: notas preliminares”**. *Revista Med, Minas Gerais*, v. 13, n.3, 2003.

PONTES, S.; CALAZANS, R. **“Os Primórdios da Psicanálise e a insuficiência do descritivismo”**. *Revista Estudos e Pesquisa em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 240-259, 2016.

QUINTANEIRO, T. **“O mercado farmacêutico brasileiro e o esforço de guerra norte-americano”**. In: *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, n.29, p. 141-164, 2002. Disponível em: bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/download/2155/1294>Acesso em: 10 fev.

RESENDE, M., CALAZANS, R.; **“Neurose e psicose na CID-10 e DSM-IV: o que é ignorado?”**. Analytica: Revista de Psicanálise. Núcleo de Pesquisa e Extensão em Psicanálise (Nupep) da Universidade Federal de São João del-Rei, v. 2, n. 3, p. 145-174, 2013. Disponível em:
<<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S23165197201300020008>> Acesso em: 24 ago. 2017.

SAUSSURE, F. **“Curso de Linguística Geral”**. São Paulo: Cultrix, 1993.

SOBRINHO, C. L. N.; NASCIMENTO, M. A. N.; CARVALHO, F. M.
“Transformações no Trabalho Médico”. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 29, n. 2, 2005.

SÓFOCLES. **“Antígona”**. Porto Alegre: LPM, 2001.

STANGHELLINI, G.; BROOM, M. R. **“Psychopathology as the basic science of psychiatry”**. The British Journal of Psychiatry, v. 205, p.169–170, 2014.

TENÓRIO, F. **“Automatismo mental, desespecificação pulsional e morte do sujeito: a condição objetalizada do sujeito na psicose”**. 2012. 192 f. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:
<<http://teopsic.psicologia.ufrj.br/teses-e-dissertacoes/408>> Acesso em: 30 out. 2016.

TOREZAN, Z. C. F; Aguiar, F. **“O sujeito da psicanálise: particularidades na contemporaneidade”**. Revista Mal-estar e subjetividade. v. XI, n.2, p. 525 – 554, 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=696750&indexSearch=ID>> Acesso em 26 de março de 2017.

TUCKER, G.J. **“Putting DSM on perspective”**. Am J Psychiatry, v.155, n.2, fev. 1998.